



Kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalan osasto 3B:llä

Torstensson, Ann-Mari

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalan osasto 3B:llä

Ann-Mari Torstensson
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2012

Ann-Mari Torstensson

Kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalan osasto 3B:llä

Vuosi	2012	Sivumäärä	46
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalan 3B pitkäaikaissosastolla. Kehittämistoiminnan tavoitteena oli tukea osaston henkilökuntaa siirtymävaiheessa, jossa manuaalinen kirjaaminen vaihtui sähköiseen kirjaamiseen. Opinnäytetyö on raportti kirjaamisen kehittämisen hankkeesta.

Tällä opinnäytetyöllä vastattiin Meltolan sairaalan tarpeisiin saada apua kirjaamisen kehittämisessä. Opinnäytetyö oli osa Folkhälsanin ja Meltolan sairaalan aloittamaa kirjaamisen kehittämisen hanketta. Kehittämistyö tapahtui Meltolan sairaalan pitkäaikaissosasto 3B:llä. Hankkeen alussa työryhmään kuului osastonhoitajan lisäksi seitsemän hoitajaa, opinnäytetyötä tekevä opiskelija sekä kaksi Laurea-ammattikorkeakoulun opettajaa. Kehittämistoiminnan aikana tapahtunut osaston henkilökunnan liikkuvuus, jätti kehittämistoiminnan lopussa osastolle vain yhden työryhmän jäsenen. Muutoksia tapahtui myös organisaatiossa, kun Meltolan 3B-osasto myytiin Raaseporin kaupungille keväällä 2012. Henkilökunnan liikkuvuus, muutokset organisaatiossa sekä aikataulujen venyminen vaikuttivat kehittämistoimintaan.

Kyseessä oli toiminnallinen opinnäytetyö. Henkilökunnalle järjestettiin koulutusta muun muassa rakenteisesta kirjaamisesta ja hoitotyön prosessista. Kehittämismenetelmänä käytettiin juurruttamisen menetelmää. Osaston kirjaamisen menetelmää kartoitettiin tekemällä osastolle käytännön harjoittelujakso sekä haastatteleamalla työryhmän jäseniä. Haastattelut purettiin litteroinnin ja sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysin tuloksien sekä työryhmän keskustelujen pohjalta kehittämiskohteeksi valittiin hoidon arvioinnin kehittäminen päivittäisessä kirjaamisessa.

Kehittämistoiminnan tuloksia arvioitiin jakamalla kaikille osaston hoitajille kaksi arviointilomaketta. Kirjaamisen arviointi -lomakkeella kartoitettiin kehittämistoiminnan jälkeistä kirjaamisen menetelmää osastolla. Kehittämistoiminnan arviointi -lomakkeella haluttiin kerätä osaston työntekijöiden arviota kehittämistoiminnan toteutuksesta. Lisäksi viimeisellä osastotunnilla kerättiin osaston hoitajilta suullista palautetta. Kehittämistoiminnan arvioinnin haasteeksi muodostui se, että suurin osa arviointiin osallistuneista hoitajista olivat uusia, eivätkä he olleet mukana kokemassa koko kehittämisprojektia. Vastausprosentti jaettuihin lomakkeisiin oli pieni. Kehittämistoiminnan tuloksena hoitajat kokivat osaston kirjaamiskäytäntöjen parantuneen. Erityisesti hoidon arvioinnin kirjaamiseen kiinnitetään nyt enemmän huomiota, ja se on tullut näkyväksi osaksi osaston kirjaamisen menetelmää.

Jatkotoimenpide-ehdotuksena esitettiin, että kirjaamisen kehittämistyön jatkaminen osastolla voisi olla hyödyllistä. Osaston henkilökunta koki kehittämistoiminnasta olleen hyötyä. Osastolla sähköinen rakenteinen kirjaaminen otettiin käyttöön syys-talvella 2012. Jatkossa voitaisiin kartoittaa sitä, kuinka hoidon arvioiminen päivittäisessä kirjaamisessa toteutuu, kun sähköinen kirjaaminen on vihdoinkin otettu osastolla käyttöön.

Asiasanat: sähköinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi, hoidon arviointi, juurruttaminen.

Ann-Mari Torstensson

Development of recording on Meltola Hospital Ward 3B

Year	2012	Pages	46
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was the development of patient recording on Meltola Hospital's long term ward 3B. The aim of the development process was to support the wards staff in transition during which manual recording was changed into electronic recording. This thesis is a report of the development of recording project.

This thesis is a response to the Meltola Hospital's need to receive support in the development of recording. The thesis was a part of Folkhälsan's and Meltola Hospital's development of recording project. The development took place on Meltola Hospital's long term ward 3B. In the beginning of the project the work team consisted of the head nurse, seven nurses, a student writing her thesis and two teachers from Laurea University Of Applied Sciences. During the time of development only person of the work team remained working on the ward at the end of the development project. Changes occurred also on the organizational lever. Meltola 3B ward was sold to Raasepori City in the spring of 2012. Staff mobility, changes in the organizational level and falling behind schedule had an effect on the development project.

This thesis was a functional thesis. Ward's staff received training on structural recording and nursing process. A key development method was the dissemination method. Information of the ward's recording methods were collected by completing a practical training period on the ward and by interviewing the work team. The interviews were opened by transcription and content analysis. The work team chose assessment of nursing in daily recording as their development objective.

The results of the development project were evaluated by handing out two evaluation forms to all the ward nurses. In addition, during the last ward meeting the nurses were asked to give feedback on the development project. The evaluation was challenging because of the fact that the majority of the nurses who participated in the evaluation were new to the project and they had not experienced the whole development project. The response percentage to the evaluation forms was low. As a result of the development process the nurses feel that the ward's recording methods have improved. After the project nurses pay more attention to the assessment of nursing. The assessment became a more visible part of recording.

As a proposal for future research it could be useful to continue the development of the recording. The ward's staff felt that the development process was useful. Electronic recording was taken into use on the ward in the late fall of 2012. In the future it could be useful to study how the assessment of nursing in daily recording is implemented now that the electronic recording is finally in use.

Keywords: electronic recording, nursing process, nursing assessment, dissemination.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kehittämistoiminnan ympäristö	8
3	Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset perustelut	9
3.1	Sähköisen kirjaamisen kehittämisen tarve hoitotyössä.....	9
3.2	Hoitotyön prosessi	10
3.3	Rakenteinen sähköinen kirjaaminen ja FinnCC-luokituskokonaisuus.....	11
3.4	Kirjaamista koskevat lait	15
3.5	Sähköisen kirjaamisen nykytilanne ja haasteet.....	18
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	19
4.1	Juurruttamisen menetelmä	19
4.2	Haastattelu.....	23
4.3	Litterointi ja sisällönanalyysi	25
4.4	Arviointi.....	26
5	Kehittämistominnan toteutus.....	28
5.1	Nykytilanteen kartoitus	28
5.2	Kehittämiskohde.....	30
5.3	Kehittämistoiminta osastolla.....	30
5.4	Kehittämistoiminnan saavutukset	31
6	Kehittämistoiminnan arviointi	33
	Lähteet	36
	Kuviot	40
	Taulukot	41
	Liitteet.....	42

1 Johdanto

Tiedon tuottaminen, säilyttäminen ja jakaminen ovat tärkeä osa laadukasta hoitotyötä. Potilasta koskevat tiedot tulee olla esteettömästi ja välittömästi saatavilla niitä tarvitseville. Jotta tämä olisi mahdollista, on kirjaamisen oltava yhdenmukaista ja rakenteista. (Saranto & Sonninen 2007, 12.) Tietotekniikan kehitys näkyy myös terveydenhuollossa. Se mahdollistaa potilastietojen keräämisen ja käytön tehokkaasti. (Virolainen 2006, Volotisen 2008, 10 mukaan.) Perinteinen manuaalinen kirjaaminen on vaihtumassa sähköiseen kirjaamiseen, jossa potilastiedot tallentuvat sähköisiin tietojärjestelmiin. Parhaimmillaan sähköinen kirjaaminen tukee potilaslähtöistä hoitoa sekä moniammatillista yhteistyötä. (Ensio & Saranto 2004, 13.)

Potilaan hyvä hoito on hoitotyön perustehtävä. Hyvään hoitoon kuuluu myös kirjaaminen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (laki 159/ 2007) edellyttää sähköistä potilaskertomusta, joka koostuu yhteisistä rakenteisista ydintiedoista. (Finlex 2007; Syväoja & Äijälä 2009, 86.) Potilaslain mukaan potilasta hoitavalla taholla on velvollisuus potilasasiakirjojen ylläpitoon. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (Finlex 1997). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä velvoittaa terveydenhuollon palveluiden antajia valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi 1.9.2014. Yksityisiä terveydenhuollon palveluiden antajia veloitetaan liittymään valtakunnallisten tietäjärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi 1.9.2015. (Finlex 2007.)

Tämän opinnäytetyön työryhmä tuki Meltolan sairaalan pitkäaikaissosasto 3B:n työyhteisöä kirjaamisen kehittämisestä. Opinnäytetyö on raportti osaston siirtymävaiheesta sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Pitkäaikaissosastolla on 24 potilaspaikkaa ja pitkäaikaissotilaiden lisäksi osastolla on mahdollisuus intervallihoitoon. Meltolan sairaala on Folkhälsan-järjestön yksi toimintayksikkö. Folkhälsan tarjoaa terveydenhuollon palveluita joita kunnat ostavat. (Folkhälsan 2005.) Keväällä 2012 Meltolan sairaalan pitkäaikaissosastot myytiin Raaseporin kaupungille (Raasepori 2012).

Juurruttamisen menetelmää käytettiin apuna kirjaamisen kehittämishankeessa. Juurruttaminen on uusien toimintamenetelmien istuttamista työympäristöön eri keinoin. Tällä menetelmällä oppimista ja kehitystä tapahtuu työyhteisössä sekä opiskelijan kohdalla. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007, 3.) Juurruttamisen avulla 3B-osaston kirjaamista muutettiin istuttamalla uusi, hoitotyön prosessia ja arviointia korostava kirjaamisen malli hoitohenkilökunnan työhön.

Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyötä tehdessä olivat kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, kehittäminen, juurruttaminen, arviointi ja hoitotyön prosessi.

2 Kehittämistoiminnan ympäristö

Folkhälsan on yleishyödyllinen sosiaali- ja terveysalan järjestö. Järjestöllä on pitkät juuret ja se on perustettu vuonna 1921. Perustaja oli lääkäri ja tiedemies Ossian Schauman. Folkhälsan mainitsee tärkeäksi tehtäväkseen elämänlaadun ja terveyden arvostuksen lisäämisen yhteiskunnassa. Se haluaa tavoittaa kaikki Suomen ruotsinkieliset terveyttä edistävällä työllä. Folkhälsan työllistää noin 1700 henkilöä. Tämän lisäksi noin 17 000 ovat jäseninä Folkhälsanin paikallisyksiköissä. Järjestö toimii terveydenhuollon, sairaanhoidon ja neuvonnan aloilla. Näiden lisäksi jopa tutkimuksen alalla joka on kasvanut huomattavasti viime vuosien aikana. Folkhälsanin tutkimuskeskuksessa työskentelee noin 200 henkilöä. Tutkimuskeskus on perehtynyt perinnöllisyystutkimukseen, ennaltaehkäisevän lääketieteen tutkimukseen sekä kansanterveys tutkimukseen. Palvelutuotannon kuvataan olevan innovatiivista ja uutta luovaa. Samfundet Folkhälsan on organisaation ydin ja siinä työskentelevät vastaavat muun muassa varallisuushoidosta, rakennushankkeista, kehitystyöstä ja henkilöstöhallinnosta. Folkhälsanin palvelut esimerkiksi vanhustenhuolto järjestetään yleishyödyllisissä palveluyrityksiä joita on tällä hetkellä kolme: Etelä-Suomessa, Pohjanmaalla ja Ahvenanmaalla. (Folkhälsan 2010.)

Meltolan sairaala on yksi Folkhälsanin palveluntuotanto yksikkö. Se sijaitsee Raaseporissa noin seitsemän kilometrin päässä Karjaan keskustasta. Kyseinen yksikkö tarjoaa vanhushuollon lisäksi myös lastensuojelupalveluja. Meltolan päärakennuksessa on pitkäaikaishoidon osastoja, vastaanotto-osasto, psykogeriatrinen osasto sekä kuntoutusosasto ja terapiayksikkö. Lisäksi Meltolan alueella on perhekuntoutus- ja turvakoti, vastaanotto- ja ryhmäkoti ja sen yhteydessä nuorten tukiasunto. Meltolan 3B osasto on yksi neljästä Meltolan pitkäaikaishoitoa tarjoavista osastoista. Osasto on 24 paikkainen. Se on valittu yhdeksi maan parhaista osastoista saaden tunnustusta muun muassa kuntouttavan hoitotyön hyvästä laadusta. Kaikkien neljän pitkä-aikaosaston tavoitteena on tarjota asiakkailleen mielekäs ja turvallinen elämä sekä arvokas kuolema. Osastoilla on myös mahdollisuus tilapäiseen intervallihoitoon potilaan ja omaisten tarpeiden mukaan. (Folkhälsan 2010.)

1.3.2012 luovutti Folkhälsan Meltolan vuodeosasto- ja pitkäaikaishoidon Raaseporin kaupungille. Raaseporin kaupunki on vuokrannut Meltolan sairaalan tilat sekä palkannut palvelukseensa noin 100 hoitohenkilökunnan jäsentä. Muutoksen avulla halutaan tarjota asiakkaille sekä hoitohenkilökunnalle jatkuvuutta ja varmuutta. Muutos koskee noin 80 raaseporilailaista asiakasta. Meltolan kiinteistö on vuokrattuna Raaseporille ainakin vuoteen 2015 asti. Sairaalan kiinteistöön jää Folkhälsanin toimintaa muun muassa kuntoutuksen, hallinnon ja lastensuojelun muodossa. (Folkhälsan 2011.) Meltolan pitkäaikaisosasto 3B:n lisäksi Raaseporille on siirtynyt myös pitkäaikaisosastot 2A ja 3A sekä Palveluasunto Björnide (Raasepori 2012).

3 Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset perustelut

3.1 Sähköisen kirjaamisen kehittämisen tarve hoitotyössä

Viime vuosikymmenten aikaisen lääketieteen ja teknologian kehityksen avulla ratkaistaan monia ongelmia terveydenhuoltoalalla kansainvälisesti. Edelleen tarvitaan aiempaa innovatiivisempia ratkaisuja vastaamaan monimutkaisiin kansainvälisiin ongelmiin. Näitä ongelmia ovat muun muassa väestön ikääntyminen, kroonisten sairauksien lisääntyminen sekä kasvavat terveydenhuollon kulut. Kehitys hoitotyön tiedonsaantijärjestelmissä tekee hoitotyöstä tehokkaampaa ja laadukkaampaa. Päätökset potilaan hoitotyön suunnittelusta ja toteuttamisesta toteutuvat sen tiedon mukaan, joka hoitajilla on saatavilla. Mitä tarkempaa saatavilla oleva tieto potilaasta on, sitä parempaa hoitoa voidaan potilaalle tarjota. (Marin & Lorenzi 2010, 45.) Sähköinen kirjaaminen parantaa monitieteellisen tiimin keskenäistä kommunikointia. Se mahdollistaa hoidon jatkuvuuden ja koordinoinnin terveysalan eri sektoreilla. (Ora-Hyytiäinen, Ikonen, Ahonen, Rajalahti & Saranto 2010, 169.)

Kirjaaminen on keskeinen osa terveyden- ja sosiaalihuollon ammatilaisten työnkuvaa. Se on tärkeä keino viestiä potilaan hoidon kaikkiin puoliin tarvittavat tiedot, ja näin ollen se kytkeytyy tiivisti myös tiedonkulkuun. Jatkumo hyvän dokumentoinnin ja tiedonkulun välillä on tärkeä tekijä laadukkaan hoidon tuottamisessa. Hyvä kirjaaminen luo myös pohjaa turvallisuusriskien hallinnalle. (THL 2011, 28.) Terveydenhuollossa tieto on keskeisessä asemassa kaikessa toiminnassa. Tiedon käyttö, välittäminen ja tallettaminen ovat välttämätön osa hoitotyötä. Tämän takia tiedon tulee olla viiveettä ja rajoituksetta sitä tarvitsevan ammattihenkilön käytössä. (Tanttu & Rusi 2007, 114-116.)

Terveydenhuollossa potilastietojen hallinta koostuu tietojen tuottamisesta, säilyttämisestä ja jakamisesta. Kirjattu tieto on tärkeä osa potilaan laadukasta hoitoa ja potilasta koskevan hoitotiedon tulee olla saatavilla nopeasti ja vaivattomasti. Onnistunut kirjaaminen edistää potilaan hyvinvointia lisäämällä hoidon laatua. Jotta kirjaamisen täydet hyödyt saadaan käyttöön, on kirjaamisen oltava systemaattista. Kirjaamisen systemaattisuus tarkoittaa käytännössä sitä, että on ennalta sovittu mitä tietoja potilaasta kirjataan, missä muodossa ja minne. Sähköisessä kirjaamisessa systemaattisuuden tärkeys korostuu. Tällöin potilas on monesti eri paikassa kuin asiantuntija ja asiakirjoja lukevat monet eri alan ammattilaiset. Sähköinen kirjaaminen vähentää päällekkäisen kirjaamisen ilmenemistä. Päällekkäinen kirjaaminen on ominaista paperipohjaisille lomakkeille joihin monet eri ammattilaiset kirjaavat samoja asioita. Parhaimmillaan sähköisessä kirjaamisessa tieto on saatavilla joustavasti ja tiedonhaku hetkellä juuri tarpeellinen tieto saadaan esiin esimerkiksi hakusanoja käyttämällä. (Saranto & Sonninen 2007, 12.)

Sähköinen kirjaaminen on tärkeää myös potilaan oikeuksien suojelun kannalta. Potilasasiakirjoista selviää mitä toimenpiteitä potilaalle on tehty ja kirjatussa tiedossa näkyy myös potilaan tahto ja mielipiteet. Lain näkökulmasta sähköisesti kirjattu tieto toimii todisteena siitä, että potilaalle on tehty tarvittavat toimenpiteet ja että potilas on saanut laadukasta hoitoa. (Saranto & Sonninen 2007,15.)

3.2 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessimallissa kuvataan hoitotyötä systemaattisesti ja hoitotyö perustuu päätöksentekoon. Prosessin joka vaiheessa hoitaja on jatkuvassa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Potilas on kaiken toiminnan lähtökohta. Hoitotyön prosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään hoitotyön tarve eli tunnistetaan ongelmat joihin voidaan hoitotyön keinoin vaikuttaa. Ongelma tai ongelmat voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. Ongelman tunnistaa potilas itse tai hoitaja. Ongelmien tunnistaminen ei merkitse sitä, että sairaanhoitaja tai joku muu voisi ne välttämättä ratkaista. Toisessa vaiheessa asetetaan tavoitteet löydettyjen ongelmien ratkaisemiseksi. Tässä vaiheessa tehdään päätös siitä, miten potilasta hoidetaan ja hoitomenetelmät saatetaan kaikkien hoitoon osallistuvien tietoon kirjallisena hoitotyön suunnitelmana. Kolmannessa vaiheessa hoitotyö toteutetaan. Tähän vaiheeseen kuuluu teknistä pätevyyttä vaativien toimenpiteiden lisäksi myös terapeutin vuorovaikutus potilaan kanssa. Neljäs vaihe on hoitotyön tuloksellisuuden arviointi jolloin selvitetään, onko hoitotyö ollut tehokasta. (Kratz 1984, 15.)

Kansallisesti hyväksytyjä hoitotyön ydintietoja on viisi. Ydintietoja ovat potilaan ongelmat ja/tai hoitotyön tarve, hoitotyön tavoitteet, hoitotyön toiminnot, hoitotyön toteutus ja hoitotyön arviointi. (Syväoja & Äijälä 2009, 87-88.) Potilaan ongelmat ja hoidon tarpeet koostuvat muun muassa potilaalle lääkärin lääketieteellisestä diagnoosista ja potilaan omista voimavaroista. Hoidon tarve on henkilöstön laatima kuva potilaan terveydentilasta, sitä nyt ja tulevaisuudessa uhkaavista tekijöistä. Tarpeet kartoitetaan tiedoilla joita saadaan haastatteleamalla ja havainnoimalla potilasta, potilaan läheisiä tai hoitoon osallistuneita. Myös aikaisempia potilastietoja käytetään tarpeiden kartoittamiseen. Tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen. Hoidon tavoitteet muodostuvat suhteesta tarpeisiin ja muutoksista, joita hoitohenkilöstö tai potilas itse odottaa tapahtuvan. Tavoitteet ovat aina potilaskeskeisiä sekä konkreettisia ja ne voivat olla kokonaistavoitteita tai välitavoitteita. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja ne kuvataan lyhyesti, esimerkiksi potilas syö joka aamu aamupalan. Hoitotyön toiminnot valitaan tavoitteiden mukaisesti ja niiden on oltava tarkoituksen mukaisia. Toimintojen valintaan vaikuttavat henkilökunnan määrä, hoitovälineiden saatavuus ja ennen kaikkea potilaan omat voimavarat osallistua hoitoon. Hoitotyön toteutus on suunniteltujen hoitotyön toimintojen konkreettista toteuttamista käytännössä. Toteutuksessa

noudatetaan hoitotyön periaatteita kuten omatoimisuutta, kokonaisvaltaisuutta, ammatillisuutta, turvallisuutta, yksilöllisyyttä sekä jatkuvuutta. Hoidon arviointi taas kuvaa sitä, miten potilaan hoidon tarpeisiin on vastattu ja miten hoito on tehonnut. Arvioinnissa reflektoidaan sitä, olivatko tavoitteet potilaalle kaikin puolin sopivia. Hoitotyön yhteenveto on prosessin päätös ja se tehdään silloin kun hoitojakso päättyy. Se on kattava arviointi potilaan nykyisestä tilasta verrattuna tulotilanteeseen. (Iivanainen ja Syväoja 2009, 651-654.)

3.3 Rakenteinen sähköinen kirjaaminen ja FinnCC-luokituskokonaisuus

Rakenteinen sähköinen kirjaaminen tarkoittaa sitä, että hoitotyön tietoja kirjataan etukäteen laadittujen nimikkeistöjen sekä luokitusten avulla (Ensio & Saranto 2004, 44).

Rakenteisuuteen kuuluu systemaattisuus joka tarkoittaa, että on etukäteen sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Systemaattisuutta lisää kirjattavan tiedon luokittelu. Osa tiedosta kirjataan käyttäen valmiita otsikoita, luokituksia ja koodeja. Näitä luokituksia täydennetään vapaalla teksillä joka on kuvailevaa ja siihen liittyy potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja hoidon toteutuminen. (Syväoja & Äijälä 2009, 87.) Rakenteista tietoa voidaan hyödyttää oman organisaation lisäksi myös alueellisesti ja kansallisesti.

Rakenteinen sähköinen kirjaaminen mahdollistaa hoitoprosessin vaiheiden kirjaamisen täsmällisesti. Näin voidaan hakea tietoa esimerkiksi suunnitellusta tai toteutuneesta hoidosta. Rakenteinen sähköinen kirjaaminen edesauttaa myös hoitotyön tutkimusta, sillä tiedon etsiminen on helpompaa ja tutkittavaan aiheeseen liittyvää tietoa pystytään etsimään tarkkarajaisemmin. (Ahonen, Ikonen & Rajalahti 2009.)

Rakenteinen kirjaaminen yhtenäistää hoitotyön käsitteistöä, tukee kirjaamiseen perehdytystä ja ohjausta. Lisäksi se parantaa hoidon laatua esimerkiksi takaamalla hoidon jatkuvuuden potilaan vaihtessa hoitoyksikköä. Hoitotiedoista voidaan koota erilaisia tietokokonaisuuksia eli näkymiä, joita voidaan käyttää muun muassa läheteissä ja tiivistelmissä. Hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta voidaan mitata liittämällä arviointimittari rakenteisiin hoitotyön tietoihin.

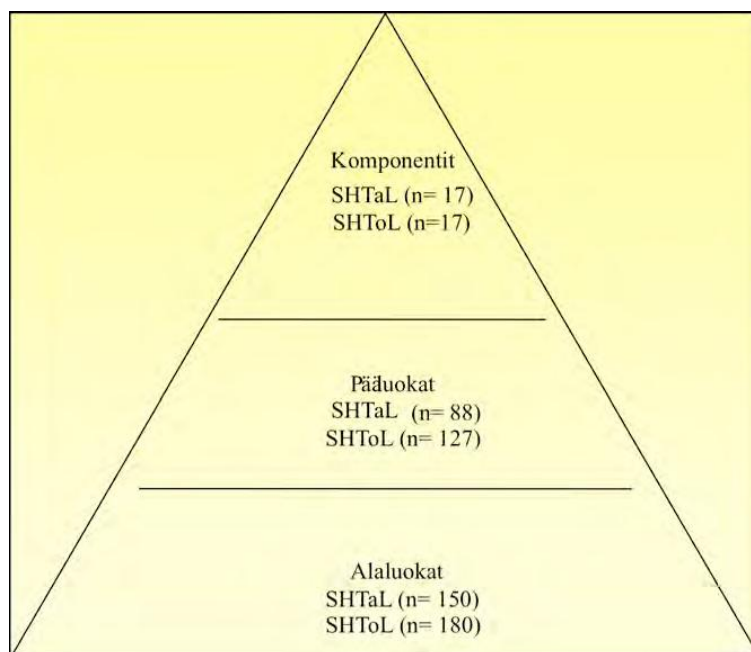
Rakenteisesti kirjattu tieto helpottaa potilaan hoitoa koskevien tietojen hakua potilaskertomusjärjestelmästä, ja on tae yhtenäisen tiedon saatavuudelle. (Tanttu & Rusi 2007, 116.) Tietojen esittäminen rakenteisessa muodossa helpottaa tiedon yhdenmukaista hyödyntämistä eri potilastietojärjestelmissä. Rakenteisen kirjaamisen suurin hyöty terveydenhuollon työntekijälle on kertaalleen kirjatun tiedon hyödyntäminen eri käyttötarkoituksissa. Kun tieto on kirjattu rakenteellisesti, voidaan siitä muodostaa erilaisia koosteita ja raportteja eri tarkoituksiin. (Hartikainen, Häyrinen, Luomala, Komulainen, Porrasmaa & Suhonen 2009, 16.)

Hoitotyön rakenteisessa sähköisessä kirjaamisessa käytetään hyödyksi hoitotyön prosessin FinnCC-luokituskokonaisuutta (Ahonen ym. 2009). Suomalainen hoitotyön luokitus eli FinnCC

(Finnish Care Classification) perustuu kansainväliseen CCC-luokitukseen (Clinical Care Classification). Luokitusversio 3.0 julkaistiin vuonna 2012. Muutoksia edelliseen versioon tehtiin käyttäjien antaman palautteen perusteella. Versiossa 3.0 on aiempiin versioihin verrattuna enemmän konkreettisia alaluokkia ja uutena toimintona on mahdollista kirjata joihinkin komponentteihin pelkällä pääluokkatasolla. FinnCC-luokituskokonaisuus on ollut haettavissa koodistopalvelimelta 2008-vuodesta lähtien. Luokitusten ylläpidosta ja jatkokehittämisestä vastaa Itä-Suomen yliopisto. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10.)

FinnCC muodostuu suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta (SHTaL 3.0), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 3.0) ja suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL 1.0). Tarve- sekä toimintoluokituksella on yhtenevä hierarkkinen rakenne joka koostuu komponenttitasosta, pääluokkatasosta sekä alaluokkatasosta. Hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksia käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Luokituksia on mahdollista käyttää erikseen, mutta suurin hyöty saadaan kun niitä käytetään yhdessä. (Liljamo ym. 2012, 12.)

Suomalaisen hoitotyön tarveluokitus (SHTaL 3.0) ja suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL 3.0) koostuvat molemmat 17 komponentista eli sisältöalueesta. Komponentteja ovat aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, hoidon ja jatkohoidon koordinointi, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aisti- ja neurologiset toiminnot, kudoseheys ja elämäntapa. Jokainen komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Ylin taso eli komponenttitaso kokoaa alleen konkreettisemmat pää- ja alaluokat, joilla käytännön kirjaaminen tapahtuu. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545 (Kuvio 1). (Liljamo ym. 2012, 11.)



Kuvio 1: SHTaL ja SHToL rakenne ja pää- ja alaluokkien määrät, versio 3.0. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012)

Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu valitsemalla sopivan komponentin pää- tai alaluokka potilaan hoidon tarvetta määritettäessä, hoitoa suunniteltaessa, toteutettaessa tai arvioitaessa. Konkreettisin kirjaamisen taso on alaluokka. Alaluokkaa täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä. Vapaa teksti on luonteeltaan kertovaa. (Ensio & Kinnunen 2011, 14-15.) Hoidon suunnittelun kirjaaminen alkaa hoitajan valitsemalla potilaan hoidon tarvetta vastaavan komponentin alta joko pää- tai alaluokka, jota tarvittaessa täydennetään vapaalla tekstillä. Kirjaamista ei voi suorittaa pelkällä komponenttitasolla (Taulukko 1). Hoidon tavoite asetetaan edellä valitulle hoidon tarpeelle. Joissakin potilastietojärjestelmissä komponentti, johon valittu tarve liittyy, siirtyy automaattisesti kirjaamisalustalle (Taulukko 2). (Liljamo ym. 2012, 21.)

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
Aineenvaihdunta	Verensokerin muutos	Verensokeri epätasapainossa.
Lääkehoito	Lääkehoitoon liittyvä tiedon tarve	Lyhyt- ja pitkävaikutteisen insuliinin käytössä epäselvyyttä.

Taulukko 1:Hoidon tarpeen kirjaaminen (Liljamo ym. 2012)

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
Aineenvaihdunta		Verensokeri tasapainottuu tasolle 4-8 mmol/l.
Lääkehoito		Osaa sovittaa insuliinimäärät verensokeriarvoihin.

Taulukko 2: Hoidon tavoitteen kirjaaminen (Liljammo ym. 2012)

Hoidon tavoitteen valitsemisen jälkeen valitaan sopiva hoitotyön toiminto tavoitteeseen pääsemiseksi toimintoluokituksen pää- tai alaluokista. Pää- tai alaluokkaa voi tarvittaessa täydentää sitä vapaalla tekstillä (Taulukko 3). Hoitotyön toteutusta kirjataan siirtämällä valittu pää- tai alaluokka hoidon toteutukseksi. Edellisessä vaiheessa suunnitelluksi toiminnoksi valittu pää- tai alaluokalla kuvattu toiminto voidaan siirtää suoraan kirjaamisalustalla hoidon toteutus -kohtaan jonne kirjataan toteutunut hoito. Hoitotyön toimintoja kirjatessa voidaan lisätä jokin muukin kuin ennalta suunniteltu hoitotyön toiminto. (Taulukko 4.) (Liljammo ym. 2012, 22.)

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
Erittäminen	Nenämahaletkun toimivuudesta huolehtiminen	Nenämahaletkuerite paksua, letku tukkeilee herkästi. Seurataan letkun toimintaa, tarvittaessa huuhdotaan vedellä.
Lääkehoito	Lääkehoidon ohjaus	Selvitetään insuliinin ja ravitsemuksen yhteisvaikutus ja insuliinin annostelu verensokerin mukaan.

Taulukko 3: Suunnitellun toiminnon kirjaaminen (Liljammo ym. 2012)

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
Aineenvaihdunta	Verensokerin tarkkailu ja hoito	Verensokeriarvot ovat viitetasolla, hoidossa päästy tasapainoon. Hoidon tuloksen tila: Parantunut
Kudoseheys	Haavan hoitoon liittyvä ohjaus	Potilas sanoo ymmärtävänsä saamansa ohjauksen ja on motivoitunut hoitamaan aikaisempaa paremmin itseään. Antaa kotisairaanhoitajan tulla hoitamaan säärihaavaa. Hoidon tuloksen tila: Parantunut
Lääkehoito	Lääkehoidon ohjaus	Osaa pistää ja annostella insuliinin oikein. Potilas on käytännössä näyttänyt osaavansa tarvittavat taidot. Hoidon tuloksen tila: Parantunut

Taulukko 4: Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen (Liljammo 2012 ym. 2012)

Hoidon arvioinnilla kuvataan hoidon aikaisia muutoksia ja vaikutuksia suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen ja asetettuun tavoitteeseen sekä toteutuneeseen hoitoon ja käytettyihin hoitotyön auttamismenetelmiin. Arviointia suoritetaan jossain määrin jo toimintoa toteutettaessa ja usein on perusteltua kirjata se myös toteutuksen yhteyteen. Laajempi arviointi kirjataan erikseen sille varattuun tilaan. Arvioinnissa käytetään kolmiportaista asteikkoa: parantunut, ennallaan, huonontunut. Asteikkoa voidaan täydentää vapaalla tekstillä (Taulukko 5). (Liljamo ym. 2012, 23.)

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
Aineenvaihdunta	Verensokerin tarkkailu ja hoito	Verensokeriarvot ovat viiletasolla, hoidossa päästy tasapainoon. Hoidon tuloksen tila: Parantunut
Kudoseheys	Haavan hoitoon liittyvä ohjaus	Potilas sanoo ymmärtävänsä saamansa ohjauksen ja on motivoitunut hoitamaan aikaisempaa paremmin itseään. Antaa kotisairaanhoitajan tulla hoitamaan säärihaavaa. Hoidon tuloksen tila: Parantunut
Lääkehoito	Lääkehoidon ohjaus	Osa pistää ja annostella insuliinin oikein. Potilas on käytännössä näyttänyt osaavansa tarvittavat taidot. Hoidon tuloksen tila: Parantunut

Taulukko 5: Hoidon arvioinnin kirjaaminen (Liljamo 2012 ym. 2012)

3.4 Kirjaamista koskevat lait

Potilaiden oikeuksien huomioon ottaminen on nykyään vakiintunut osa jokapäiväistä hoitotyötä. Hoitajien tuntemus näistä oikeuksista on lisääntynyt ja ne otetaan huomioon jo hoidon suunnittelussa sekä hoidon toteutuksessa. Potilaan oikeudet ovat hoidon kulmakivi. (Kangasniemi, Länsimies-Antikainen, Halkoaho & Pietilä 2012, 112-113.)

Potilaan oikeuksien turvaamiseksi on säädetty useita lakeja. Vahvin oikeussuojalaki on Suomen perustuslaki. Siinä säädetään ihmisten perusoikeuksista. Näitä perusoikeuksia ovat muun muassa jokaisen oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Suomen perustuslaki turvaa jokaisen yksityiselämän, kunnian ja kotirauhan. (Finlex A 1999; Amberla 2007, 35.) Kirjaamista koskevia lakeja ovat muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki) 785/1997, jonka mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Lain pykälä 13 koskee potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoa ja luovutusta. Itsemääräämisoikeuteen vedoten, potilaalla on oikeus määrätä tietojensa luovutuksesta. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu potilaan antaessa suostumuksen potilasasiakirjojensa luovutukseen. Potilaan on saatava tarpeeksi tietoa asiasta ennen

suostumuksen tekemistä. Tätä potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa mielenterveyslain, päihdehuoltolain, tartuntatautilain tai kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain nojalla. Potilaalla on oikeus nähdä oma potilasrekisteristä laadittu rekisteriselosteensa. Potilaalla on lisäksi tarkistusoikeus omiin potilasasiakirjatietoihinsa. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen organisaation jäsen ei saa käyttää omia käyttäjätunnuksiaan omien tai läheistensä potilasasiakirjatietoihin. (Finlex 1997; Amberla 2007, 35-36.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 määrää, että asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Asiakastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen tietorakenteiden tulee mahdollistaa sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla. (Finlex 2007.) ”Lain tarkoituksena on edistää tieto- ja viestintäteknologiaa hyödyntämällä tiedon oikea-aikaista ja tietoturvallista saatavuutta sekä palvelutapahtumien ja palvelukokonaisuuksien tuottamista asiakaslähtöisesti ja joustavasti” (Amberla 2007, 45). Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä voimaantulosäädökseen tuli muutos, joka velvoittaa terveydenhuollon palveluiden antajia valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi 1.9.2014. Yksityisiä terveydenhuollon palveluiden antajia veloitetaan liittymään valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi 19.2015. (Finlex 2007.)

Henkilötietolaki 523/1999, suojaaa potilaan yksityisyyttä. Lain tarkoituksena on ”toteuttaa yksityiselämän suoja ja muita yksityisyyden suoja turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista”. Rekisterinpitäjän on käsiteltävä henkilötietoja laillisesti ja noudattaa huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa henkilötietoja käsiteltäessä. Henkilötietojen käsittelyn tulee myös olla asiallisesti perusteltua (tarpeellisuusvaatimus). Rekisterinpitäjän on huolehdittava myös siitä, ettei virheellisiä henkilötietoja käsitellä (oikeellisuusvaatimus) (Finlex B 1999.)

Henkilötietolain 26 §:n mukaan jokaisella on oikeus saada tietää, mitä häntä koskevia tietoja on tallennettu henkilörekisteriin. Rekisterinpitäjän on samalla ilmoitettava rekisteröidylle rekisterin säännönmukaiset tietolähteet sekä se, mihin rekisteritietoja käytetään ja säännönmukaisesti luovutetaan. Rekisteröidyn pyytämät tiedot on toimitettava, ellei niiden epäämiselle ole henkilötietolain 27 §:ssä pykälässä mainittuja perusteita. Henkilön tarkastusoikeutta voidaan rajoittaa, esimerkiksi jos tiedon antamisen voidaan olettaa aiheuttavan vakavaa vaaraa rekisteröidyn terveydelle. Tarkastusoikeuden rajoittamiselle tulee olla vankat perusteet, ja sitä tulee rajoittaa vain sen verran kun on välttämätöntä. Toimintayksikön vastaava lääkäri ratkaisee, käytetäänkö tarkastusoikeutta, vai onko sen rajaamiselle perusteita. (Finlex 1999; Kotisaari & Kukkola 2012, 115-116.)

Laki Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 298/2009 määrää, että potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää sellaisia välineitä ja menetelmiä käyttäen, että asiakirjoihin sisältyvien tietojen eheys ja käytettävyys voidaan turvata tietojen säilytysaikana. Lain mukaan potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Laki määrää, että arkistointipalveluun tallennettavien sähköisten potilasasiakirjojen tulee muodostaa ehyt asiakirjakokonaisuus. (Finlex 2009.)

Uusi terveydenhuoltolaki 2010/1326 tuli voimaan 1.5.2011. Lain tarkoituksena on väestön terveyden, hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn sekä sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja ylläpitäminen, väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen, väestön tarvitsemien palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, laadun ja potilasturvallisuuden toteuttaminen ja terveydenhuollon palveluiden asiakaskeisyyden vahvistaminen. Lisäksi terveydenhuoltolailla halutaan vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimijoiden välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (Finlex 2011.) Uusi terveydenhuoltolaki lisää kansalaisten valinnanvapautta hoitopaikan ja hoitohenkilöstön suhteen. Potilaan rooli oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa kasvaa. Terveyskeskuksen asiakkaat voivat saada tavanomaisia erikoissairaanhoidon palveluita omasta terveyskeskuksestaan. (THL 2011.)

Sosiaali- ja terveysalalla käytettävät tietojärjestelmät toimivat potilaiden hoidon järjestelmällisen dokumentoinnin välineenä. Lisäksi niiden tulee tukea ammattihenkilöiden sekä organisaatioiden välistä tiedonkulkua. Lainsäädäntö ja sen mukaan tehdyt ohjeistukset asettavat sähköisille tietojärjestelmille ja sitä käyttäville toimintayksiköille tiettyjä vaatimuksia. Tietojärjestelmien tulee esimerkiksi pystyä jäljittämään sähköiseen potilaskertomukseen tehtyjen merkintöjen muutoshistoria ja näyttämään onko tietoja muutettu, lisätty tai poistettu. Tietojärjestelmien tulee pitää sisällään hallintajärjestelmä, joka voi määritellä käyttäjän käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin heille kuuluvien tehtävien mukaisesti. Tietojärjestelmien käyttäjä on yksilöitävä ja tunnistettava siten, että käyttäjä todennetaan yksiselitteisesti. Rekisterinpitäjän vastuulla on varmistaa, että asiakirjatiedot ovat käytettävissä niille määrätyn säilytysajan. Rekisterinpitäjän on myös varmistettava, että asiakirjatiedot ovat käytettävissä tietokoneohjelmien ja käyttöjärjestelmien uusimisen jälkeen. (Finlex 2009; THL 2011.)

3.5 Sähköisen kirjaamisen nykytilanne ja haasteet

Sähköiset potilaskertomukset ovat juurtuneet osaksi Suomen palvelujärjestelmää. Ne ovat käytössä kaikissa julkisissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimipisteissä. Lisäksi 96 %:ssa terveyskeskuksista niiden käyttöaste on yli 90 % tiedonkäsittelystä. Sähköisten kertomusten käyttöaste sairaanhoitopiireissä on noussut ollen useimmilla vastuusektoreilla yli 90 %. Sähköinen sairauskertomus on muuttumassa hoitoa ja toimintaprosessia ohjaavaksi työkaluksi sen sijaan, että olisi vain dokumentointi- ja arkistointityökalu. Sähköinen tiedonvaihto terveydenhuollon yksikköjen välillä on lisääntynyt. (Winblad, Reponen & Hämäläinen 2012, 5.)

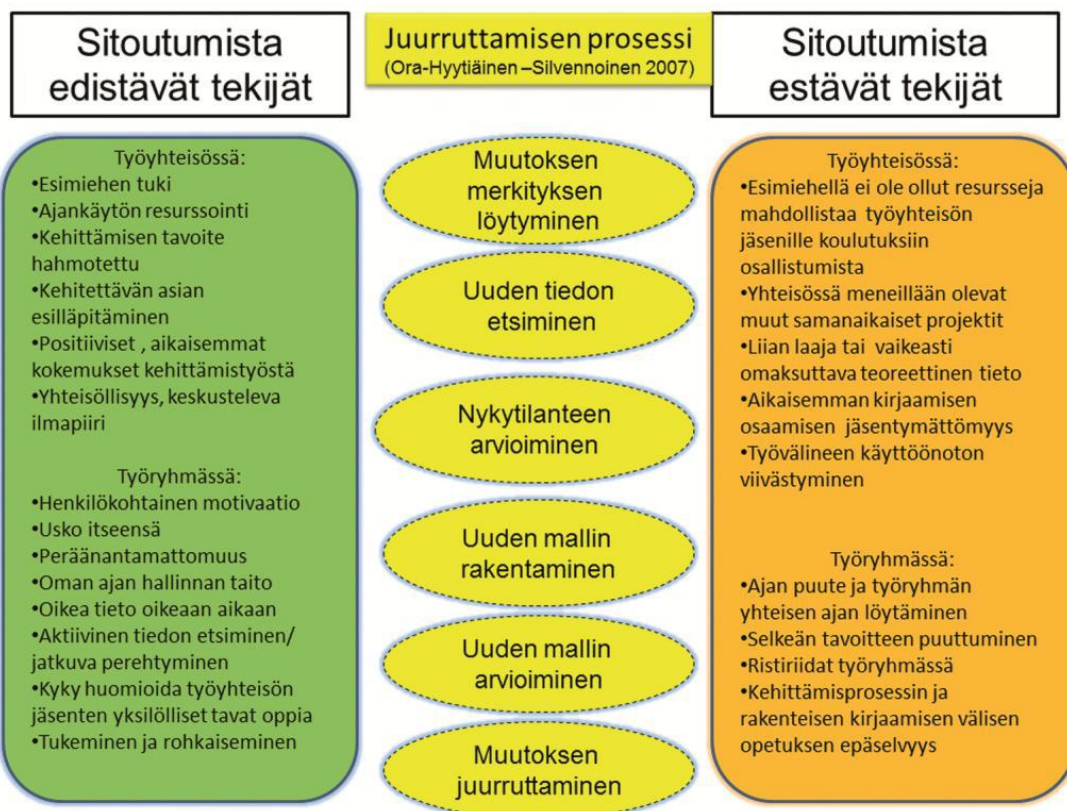
Kansallisissa kehittämisprojekteissa on kehitetty hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli joka palvelee sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoa. Kehittämistyön tavoitteena on ollut mahdollistaa potilaan hoidon kirjausten yhtenäinen käyttö hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lisäksi on haluttu mahdollistaa kirjatun tiedon moniammatillinen käyttö ja jakaminen potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kesken. Laajasta kansallisesta kehittämisestä huolimatta Suomessa hoitotyötä kirjataan edelleen usealla eri tavalla. Uusi kirjaamistapa on lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan taholta koettu haastavaksi. Ongelmaan on tartuttu järjestämällä lisää koulutuksia ja tekemällä yhteistyötä eri organisaatioiden välillä fokuksena kehittää FinCC-osaluokituksia suuntaan, jossa niiden käyttö tukee potilaan hoidon kirjausta eri hoitotyön toimintaympäristöissä. Kirjaamismalli ei ole levinnyt valtakunnalliseen käyttöön. Kansallisesti yhtenäistä näkemystä kirjaamisen sisällöstä ja toteutuksesta ei vielä ole saavutettu. Myöskään kirjaamismallin hyödyistä potilaanhoidossa ei vielä ole yhtenäistä kansallista näkemystä. (THL 2012, 5.) Suomessa sähköisten potilaskertomusten käyttöönotto on ollut nopeaa ja saavutettu kattavuus laajaa. Nykyisistä järjestelmistä ei kuitenkaan saada irti sen kaltaisia terveydentilan tai terveyspalveluiden optimointihyötyjä joihin pitäisi päästä. Järjestelmien rakentamis- ja hankintatavan koetaan olevan sirpaleista ja se on saanut osakseen kritiikkiä. (Aaltonen ym. 2011, 5.)

Häyrisen (2011, 45-51) tekemän tutkimuksen mukaan potilasta hoitavien henkilöiden kirjaamistavat eivät ole yhtenäisiä. Hoitajien dokumentaatio perustuu hoidon prosessimalliin. Hoitajat käyttävät hyödykseen suomalaisia hoitotyön luokituksia. Luokitusten käyttö on epäyhtenäistä. Lääkärit ja fysioterapeutit kirjaavat pääasiassa vapaata tekstiä, joka on jäsenneilty vaihtelevasti epäyhtenäisten otsikoiden avulla. Kansallisten suositusten mukaiset kirjaamiskäytännöt eroavat käytännössä toteutuvista kirjaamiskäytännöistä. Tarkoituksenmukainen strukturoitu moniammatillinen hoitoprosessin tietomalli on kuitenkin mahdollista kehittää, ja sen hyödyntäminen tulevaisuuden dokumentoinnissa on mahdollista.

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Juurruttamisen menetelmä

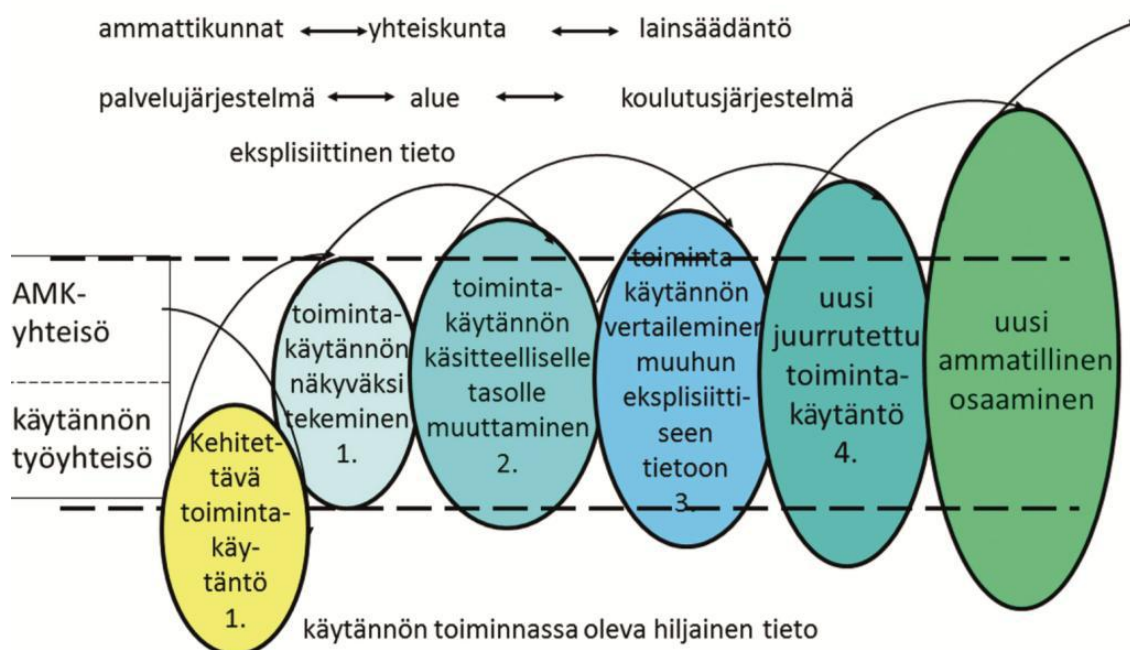
Juuruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi. Oppimisprosessiin kuuluu, että käytännön työtä ohjaavan hiljaisen tiedon ja tutkitun teorian tiedon vertailulla ja tarkkailulla luodaan uutta tietoa jota voidaan soveltaa käytäntöön. Menetelmänä sitä on käytetty useissa maissa muun muassa tuottamaan uutta tietoa organisaatioon, teknologisten innovaatioiden kehittämisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja sairauksia ennaltaehkäisevän toiminnan kehittämisessä. (Nonaka & Takeuchi 1995; Kivisaari 2001, Ahosen, Silvennoinen & Ora-Hyytiäinen 2006, 16 mukaan.) Juurruttamisen onnistumisen mahdollistaa runsas vuorovaikutus eri toimijoiden välillä. Toimijat sekä toiminnan ympäristö vaikuttavat tiedon käsittelyyn ja käyttöönottoon. Terveydenhuollon organisaatioille vuorovaikutuksen kokonaisvaltainen tukeminen on haaste. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005.) Juurruttamisen prosessiin sitoutumiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Sitoutumista edistävät esimerkiksi esimiehen tuki ja henkilökunnan motivaatio. Sitoutumista voi estää esimerkiksi se, ettei esimiehellä ole resursseja järjestää työyhteisölle koulutuksia. Eri vaikuttavia tekijöitä on kuvattu alla olevassa kuviossa (Kuvio 2).



Kuvio 2: Juurruttamisen prosessiin sitoutumiseen vaikuttavat tekijät (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Juuruttamisen perusoletus tiedosta on se, että olemassa on kahdenlaista tietoa. Tieto voidaan nähdä äänettömänä, subjektiivisena ja intuitiivisena tietona joka on vahvasti henkilösidonnaista. Tämän kaltaista tietoa kutsutaan hiljaiseksi tiedoksi. (Ahonen ym. 2006.) Hiljainen tieto käsitteenä kuvaa tietoa jota on vaikea pukea sanoiksi. Hiljaisen tiedon perusta on tunteessa. (Ahlman 1992, Nurmisen 2000, 18 mukaan.) Hiljainen tieto tulee esiin ihmisen toiminnassa ja sen voi kuvata näkyvän käsien taidoissa. Eksplisiittistä tietoa on helpompi arvioida kriittisesti kuin hiljaista tietoa. (Nurminen 2000, 28.) Hiljainen tieto (tacit knowledge) on toiminnassa vaikuttavaa, kokemuksellista ja kontekstiin sidottua tietoa. Juuruttaminen näkee tiedon toisen ulottuvuuden olevan sanoin ja numeroin kuvattavaa tietoa eli eksplisiittistä tietoa (explicit knowledge). Tämä tiedon ulottuvuus on teoreettista ja tutkittua tietoa. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012, 21.) Eksplisiittistä tietoa voidaan jakaa datana, tieteellisinä kaavoina, universaaleina sääntöinä ja periaatteina. Lisäksi tietoa voidaan säilyttää tietokannoissa ja sitä voidaan siirtää sähköisesti. (Ahonen ym. 2006, 21.)

Juuruttamalla luodaan uutta tietoa vertailemalla ja yhdistelemällä näitä kahta eri tiedon ulottuvuutta (Kuvio 3). Juuruttamisen prosessi alkaa kehitettävän kohteen määrittämisellä. Kehittämisen menestyminen saa tukea, jos koko työryhmä kokee kehitettävän asian työyhteisölle merkitykselliseksi. Ensimmäiseksi nykyinen toimintakäytäntö tehdään sanallisesti näkyväksi kuvaksi (1). Tämän jälkeen nykyinen toiminta jäsennetään toiminnalliselta tasolta näkyvälle tasolle, jolloin syntynyt käsitekartta kuvaa toimijoiden hiljaista tietoa kehittämiskohteesta (2). Tämän vaiheen jälkeen etsitään teoreettista ja tutkittua tietoa kehittämiskohteesta (3). Eksplisiittistä tietoa verrataan käytännön tietoon ja tämän pohjalta rakennetaan uusi toimintatapa (4). (Ahonen ym. 2012, 23.)



Kuvio 3: Tiedon käsittelyn kierrokset juurruttamisessa. (mukaillen Nonaka & Takeuchi 1995; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005)

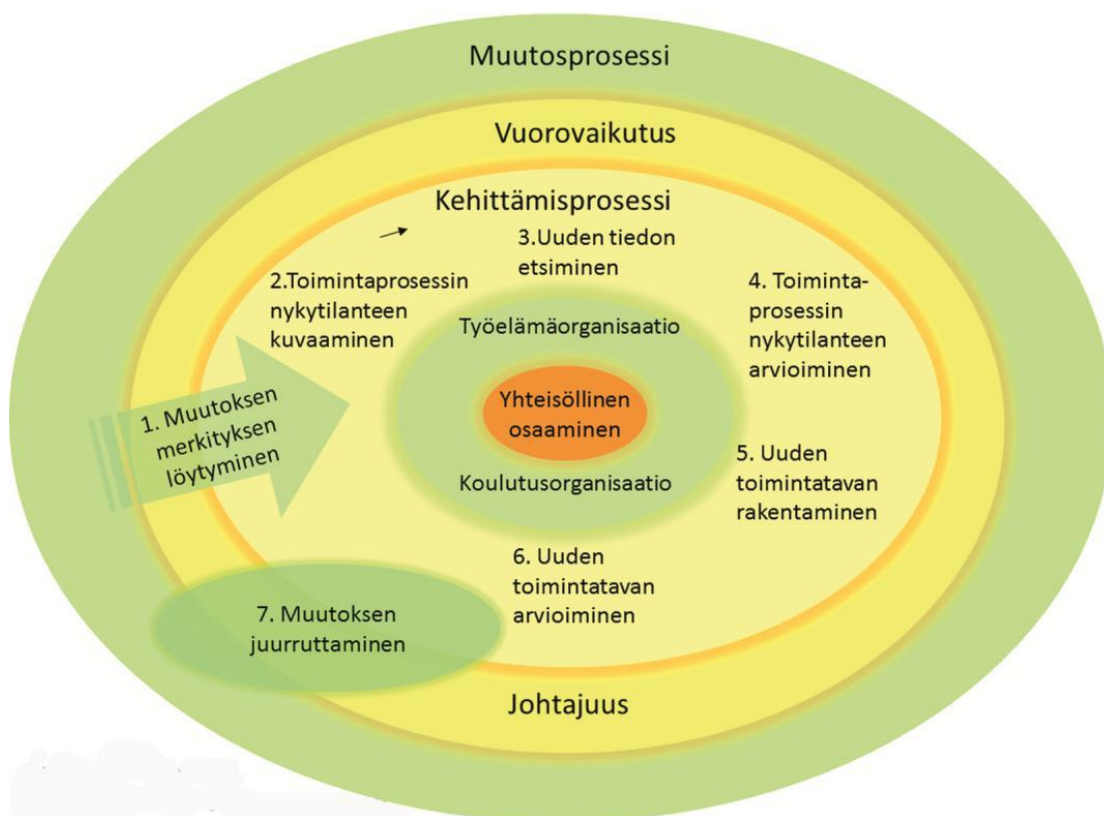
Kivisaari (2001, 18-19) esittää Nonakaan ja Takeuchiin (1995) viitaten tiedontuottamisprosessin käyvän läpi neljä eri muodonmuutosta: Tiedon sosialisatiossa tieto muuttuu hiljaisesta tiedosta hiljaiseen tietoon. Hiljaisen tiedon siirtäminen toiselle vaatii yhteisiä kokemuksia, toimintatapoja omaksuu toiselta itselleen huomaamatta. Tietoa voidaan siirtää esimerkiksi työskentelemällä yhdessä. Ulkoistamisessa hiljaista tietoa puretaan auki. Hiljaista tietoa tulee artikuloida jotta se muuttuisi eksplisiittiseksi tiedoksi. Ajatuksena on, että kun tietoa voidaan jakaa muille, voidaan sitä käyttää uuden tiedon pohjana. Tiedon yhdistämisessä jäsennetään julkilausuttua tietoa. Tämän vaiheen olennaisuus korostuu tilanteissa, joissa kehittämistyön eteenpäin viemisessä tahdotaan hyödyntää oivalluksia joita on syntynyt keskusteluissa ja toiminnassa kehitysryhmän ulkopuolisten toimijoiden kanssa. Tiedon sisäistäminen muuttaa tiedon tiedostamattomaksi toiminnaksi eli osaamiseksi.

Juuruttamisen menetelmä koostuu eri vaiheista ja se otetaan mukaan heti projektin alusta lähtien. Yhteistyötä tekevät tahot luovat toiminnallaan uutta tietoa ja toimintatapoja, joita istutetaan työyhteisöön paremman ja kehittyneemmän toiminnan muodostumiseksi. Edellytys juurruttamisen onnistumiseen on molemminpuolinen sitoutuminen ja motivaatio projektia sekä menetelmää kohtaan. Muutosprosessi alkaa kehityksen tarpeesta ja nykytilanteen kartoituksesta. On tärkeää muuttaa niin sanottu ”hiljainen tieto” näkyväksi, jotta sen arvioiminen ja tarkastelu objektiivisemmin tulee mahdolliseksi. Uutta toimintamallia rakennetaan sekä muokataan ja kun se on otettu käyttöön, sitä arvioidaan ja löydetään muutoksen merkitys työyhteisössä. (Ahonen ym. 2012, 24-26.)

Juuruttamisen prosessi on esitelty alla (Kuvio 4). Prosessiin kuuluu seitsemän vaihetta. Ensimmäinen vaihe alkaa muutoksen merkityksen löytämisellä. Muutoksen voi käynnistää työyhteisön ja organisaation lisäksi monet ulkoiset vaikuttajat kuten yhteiskunnalliset muutokset ja uudistukset ohjeistuksissa tai normeissa. Toisena vaiheena on nykytilanteen kartoitus. Nykytila kartoitetaan sanallisesti työryhmän johdolla. Toisen vaiheen tarkoituksena on muuttaa hiljainen tieto näkyväksi tiedoksi, jota työryhmä käyttää hyväkseen kehittämistyössä. (Ahonen ym. 2012, 24-26.)

Kolmannessa vaiheessa etsitään, tunnistetaan ja yhdistetään ekspliiittistä tietoa kehittämiskohteeseen. Tämä vaihe voidaan toteuttaa esimerkiksi tiedonhaun työpajoina joita ohjaavat informaatikot sekä opettajat. Tiedonhaun tavoitteena on toiminnan perustelu. Tiedonhaku auttaa osallistujia jäsentämään tietoa yhteisesti niin, että jokainen työryhmän jäsen osallistuu tiedon jäsentämiseen sen sijaan, että vain opettaja jakaa tietoa eteenpäin. Neljännessä vaiheessa käytetään hyväksi aikaisempien vaiheiden tuotoksia. Hiljaista tietoa ja ekspliiittistä tietoa verrataan toisiinsa jolloin työryhmää motivoidaan ymmärtämään muutoksen tarve. Ekspliiittisen tiedon tulee olla mahdollisimman tuoretta ja näyttöön perustuvaa. Neljännessä vaiheessa kehittämiskohteita saatetaan tunnistaa useita ja ne on asetettava tärkeysjärjestykseen. (Ahonen ym. 2012, 24-26.)

Viides vaihe koostuu uuden toimintatavan rakentamisesta. Se voi saada kipinänsä työyhteisön jäsenten oivalluksesta joka syntyy suhteessa teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Uuden toimintatavan arviointi on prosessin kuudes vaihe. Sen tarkoituksena on arvioida uuden toimintatavan hyötyjä. Prosessin viimeinen, seitsemäs vaihe koostuu muutoksen toteutuksesta, seurannasta ja tukemisesta eli juurruttamisesta. Juurruttamisen toteuttamista suunnitellaan työryhmässä työyhteisön esimiehen johdolla. Uuden toimintatavan käyttöönotto synnyttää uusia muutostarpeita joihin on reagoitava. Vaikkei uusi toimintatapa juurtuisi työyhteisöön, on prosessin arviointi silti tärkeää uusien toimintatapojen löytämiseksi. (Ahonen ym. 2012, 24-26.)



Kuvio 4: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä kehittämisessä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012)

4.2 Haastattelu

Hoitotieteessä voidaan hankkia tietoa halutusta aiheesta käyttäen apuna eri aineistonkeruumenetelmiä. Yleisimpiä näistä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 191-192.) Haastattelu perustuu kielelliseen vuorovaikutukseen ja se etenee tilanteen sanelemana (Tuomi 2007, 138). Haastattelu on henkilökohtaista keskustelua, jossa haastatteli esittää suullisia kysymyksiä haastateltavalle ja kirjaa vastaukset muistiin (Eskola & Suoranta 1999, 86). Haastattelu on keskustelua jossa haastatteli hallitsee tilannetta, sen sijaan että molemmat osapuolet olisivat tasa-arvoisia kysyjä ja vastaajia. (Hirsjärvi ym. 2009, 207-208.) Haastattelu on yksi tiedonkeruumenetelmä tätä opinnäytetyötä tehdessä.

Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä on joustava. Haastatteli pystyy haastatteluhetkellä säätämään aineistonkeruuta tilanteen sitä vaatiessa, muun muassa toistamaan kysymyksen ja oikaisemaan väärinkäsityksen. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 73; Hirsjärvi ym. 2009, 205.) Haastattelun etuna on, että haastateltavat voidaan tavoittaa myöhemmässä vaiheessa, mikäli aineiston täyttäminen on tarpeen tai tekeillä on seurantatutkimus (Hirsjärvi ym. 2009,

206). Haastattelun etuna on myös se, että tutkija voi valita haastateltavaksi juuri sellaisen henkilön joka tietää tai jolla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Haastattelutilanteessa voidaan käyttää myös toista aineistonkeruumenetelmää, havainnointia. Tällöin kirjoitetaan muistiin sanojen lisäksi myös muun muassa äänensävyt ja tapa jolla asia on ilmaistu. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 73.) Haastattelun haittapuolina voidaan nähdä sen olevan kallista ja aikaavievää. Haastattelu vaatii onnistuakseen perusteellisen pohjatyön. Haastattelijan on perehdyttävä aiheeseen ja kouluttauduttava haastattelijan rooliin. Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä on altis virhelähteille. Virheet voivat johtua haastattelijasta, haastateltavasta tai itse haastattelu tilanteesta. Riskitekijöitä ovat muun muassa haastattelijan halu vastata sosiaalisesti suotavasti sen sijaan, että vastaisi rehellisesti haastattelukysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 206.)

Haastattelun lajit voidaan jakaa haastattelutilanteen muodollisuuden mukaan kolmeen eri haastattelutyyppiin. Strukturoidulla- eli lomakehaastattelulla, teemahaastattelulla sekä avoimella eli syvähaastattelulla voidaan hakea vastauksia erilaisiin tutkimuskysymyksiin. Tavoitteena on saada mahdollisimman paljon tietoa aiheesta. Tämän vuoksi on aiheellista antaa haastattelukysymykset tiedonantajille jo ennen varsinaista haastattelua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Strukturoitu haastattelu tapahtuu lomakkeen välityksellä. Lomakkeeseen on ennalta määrätty kysymysten muoto ja niiden esittämisjärjestys. Tässä haastattelussa itse haastattelu on helppo tehdä, aikaa kuluu eniten lomakkeen laatimiseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.) Strukturoitua haastattelua käytetään useimmiten kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruussa. Kerätty aineisto on helppo kvantifioida. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.)

Teemahaastattelussa haastattelun aiheet ovat tiedossa mutta kysymysten muotoa ja järjestystä ei ole ennalta määrätty. Teemat ovat valittu etukäteen sen mukaan, mitä halutaan tutkia ja teemojen valintaan vaikuttaa myös se, mitä aiheesta tiedetään jo valmiiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelua käytetään usein kvalitatiivisissa tutkimuksissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Avoin haastattelu muistuttaa kaikista haastattelumuodoista eniten keskustelua. Tämä haastattelutyyppejä vaatii haastattelijalta paljon osaamista. Haastattelijan tehtävä on selvittää keskustelun lomassa haastateltavan mielipiteitä, tunteita sekä käsityksiä aiheesta. Avoin haastattelu vie aikaa ja vaatii monesti useita haastattelukertoja. Tätä haastattelutyyppejä käytetään usein kliinisissä tutkimuksissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 209-210.) Avoimessa haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä, määriteltyä on vain aihe josta keskustellaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75-76).

Yksilöhaastattelu on haastattelumuodoista käytetyin. Lisäksi haastattelu voidaan suorittaa pari- tai ryhmähaastatteluna tai niitä voidaan käyttää toisiaan täydentävinä. Parihaastattelu on ryhmähaastattelun alamuoto, ja se sopii esimerkiksi kasvatustieteellisiin tutkimuksiin jolloin haastatellaan lapsia ja heidän vanhempiaan. Ryhmähaastattelu on tehokas tapa kerätä tietoa, sillä tietoa saadaan usealta henkilöltä yhtä aikaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 210.) Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 201) toteavat Grönforsin (1982) mukaan haastateltavien olevan luontevampia ja vapaantuneempia kun haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna. Opinnäytetyöhön tietoa hankittiin teemahaastattelun avulla. Haastattelun suoritti opinnäytetyöntekijä haastatellen kahta osaston työntekijää. Haastattelukysymykset. (Liite 1.)

4.3 Litterointi ja sisällönanalyysi

Kun tutkimusta varten kerätty tieto on tallennettu, esimerkiksi haastattelu nauhoitettu nauhurille, kirjoitetaan aineisto puhtaaksi sanallisesti. Aineisto siis litteroidaan. Tarpeen mukaan litteroidaan koko aineisto tai vain valikoidut osat. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Aineiston litteroinnin tarkkuudesta ei ole yksiselitteistä ohjetta. Tutkimustehtävästä ja tutkimusotteesta riippuen päätetään, kuinka tarkkaa litteroinnin tulee olla. Aineisto kannattaa purkaa tietokoneelle, jolloin vältetään ylimääräisiltä aineistojen siirrolta. Tietokone mahdollistaa litteroidun aineiston monipuolisen analyysin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 187-190.)

Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn tiedon tiivistämistä sellaiseen muotoon, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Analysoitava tieto voi olla laadullista (päiväkirja, puhe, kirje, filmi, valokuva) tai kvantitatiivisesti mitattavia muuttujia. Olennaista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotellaan samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Haastavaa on käsitteiden perusteleminen käsitteellisesti ja empiirisesti. Tekstin sanat ja fraasit jaotellaan samaa asiaa tarkoittaviin luokkiin. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Janhonen ja Nikkonen (2000, 23) mainitsevat Cavanaghin (1997) mukaan sisällönanalyysin olevan enemmän kuin tekniikka jolla tuotetaan yksinkertaista kuvausta aineistosta. Sisällönanalyysi koskee enemmänkin aineiston merkityksiä, tarkoituksia, aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi prosessista voidaan erottaa viisi vaihetta: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Janhonen & Nikkonen 2000, 24).

Laadullista aineistoa analysoidaan joko induktiivisen tai deduktiivisen sisällönanalyysin avulla. Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan kuvata kolmivaiheiseksi projektiksi. Ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen. Tässä vaiheessa analysoitava tieto voi olla esimerkiksi haastattelu josta karsitaan pois epäolennainen tieto.

Informaatiota joko tiivistetään tai siitä otetaan pois osia. Toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely jossa aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset läpikäydään ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa merkitsevät käsitteet kerätään yhdeksi luokaksi joka nimetään sisältöä kuvaavalla termillä. Kolmas vaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tässä vaiheessa erotellaan olennainen tieto ja tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa kielellisistä ilmauksista muodostuu teoreettisia käsitteitä sekä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112.)

Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi perustuu aikaisempaan viitekehykseen eli teoriaan tai käsitejärjestelmään. Analyysia ohjaa teema tai käsitekartta. Prosessin vaiheen ensimmäinen osa on analyysirungon muodostaminen. Rungon sisälle muodostetaan aineistosta luokituksia tai kategorioita jolloin aineistosta voidaan poimia ne asiat jotka jäävät rungon sisäpuolelle sekä ne jotka jäävät rungon ulkopuolelle. Analyysirunko voi olla strukturoitu, jolloin kerätään vain aineisto joka sopii analyysirungon sisälle, tai strukturoimaton jolloin rungon ulkopuolelle jääneestä aineistosta muodostetaan uusia luokituksia tai kategorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

4.4 Arviointi

Arviointi on käsitteenä hyvin laaja ja voi tarkoittaa montaa eri asiaa. Esimerkiksi politiikan tekijät, julkinen hallinto sekä yksityiset työntekijät erilaisissa hallintokoneistoissa arvioivat. Vedungin (2003) mukaan viime vuosikymmenien aikana onkin alettu puhua arvioinnin yhteiskunnasta (Virtanen 2007,12.). Arviointia on tarkasteltava laajemmasta hallinnon kehittämisen näkökulmasta, jotta sitä voidaan todella ymmärtää. Käytännön perspektiivistä arviointi kytkeytyy moniin toiminnan kehittämisen muotoihin. Näitä muotoja ovat esimerkiksi laatuajattelu ja strategiatyö. Arvioinnin peruslähtökohtana voidaan nähdä viisi peruskysymystä. Ensimmäisenä on kysyttävä milloin arviointia tehdään. Vastauksena voi olla yksi kolmesta vaihtoehdosta: ennen arvioitavaa toimintaa, toiminnan aikana tai toteutuksen päätyttyä. Tämän mukaan arviointi voi siis olla etukäteisarviointia (ex ante), jatkuvaa arviointia (ex nunc) tai jälkikäteisarviointia (ex post). Toinen kysymys on missä arviointia pitää tehdä ja miten arviointi kannattaa kohdistaa. Kysymys liittyy siis arviointiasetelmaan ja arviointitehtävään. Ratkaistaan millaista aineistoa kerätään ja keneltä. Kolmanneksi tulee kysyä kenelle arviointia tehdään. Selvitetään keitä ovat arvioinnin mahdollisia hyödyntäjiä. Neljänneksi pitää vastata kysymykseen mitä täsmälleen ollaan arvioimassa. Selvitetään arvioidaanko toiminnan merkitystä, pysyvyyttä, tuloksellisuutta, tehokkuutta, vaikutuksia vai vaikuttavuutta. Selvitetään siis, millaisia tuloksia arvioinnilta odotetaan. Viimeiseksi arvioinnin tekijän on pohdittava kaikkia motiiveja, joita arviointiin voi liittyä. Motiivit

vaihtelevat sen mukaan, kenen näkökulmasta arviointia ja arvioitavaa kohdetta tarkastellaan. (Brown & Wildavsky 1984, Virtansen 2007, 22-24 mukaan.)

Kehittämishanketta arvioidaan yleensä sekä toteutuksen että päätösvaiheen aikana. Koko toteutusvaiheen ajan arvioidaan hankkeen etenemistä ja päätösvaiheessa arvioidaan kaikkea toimintaa sekä tuloksia. Hyödyllistä olisi myös arvioida hanketta ja sen tuloksia myös hankkeen päättymisen jälkeen, sillä vasta ajan kuluessa hankkeen todelliset tulokset tulevat näkyviin ja niiden käyttökelpoisuus voidaan havaita. Tämän kaltaisen myöhäisarvioinnin vaikeutena on se, että hankkeeseen osallistuneet ovat jo sijoittuneet muihin tehtäviin joten arviointiin ei ole käytettävissä resursseja. Hankkeen suunnitteluvaiheessa tehdään arviointisuunnitelma johon kirjataan miten, milloin ja millä mittareilla hanketta arvioidaan. Arvioinnissa etsitään vastauksia kysymyksiin kuten: Saavuttiko hanke sille asetetut tavoitteet sille määrätyn aikataulun ja budjetin rajoissa? Voidaanko tuloksiin luottaa? Oliko hanke yhteiskunnallisesti vaikuttava? Miten hanke vaikutti hyvinvointiin? Arvioinnissa voidaan käyttää joko sisäistä tai ulkoista arviointia. Sisäisessä arvioinnissa hankeorganisaation jäsenet arvioivat hanketta. Ulkoisessa arvioinnissa arvioinnin tekee jokin ulkopuolinen taho esimerkiksi tutkimuslaitos tai konsultti. Arviointi voidaan suorittaa myös käyttämällä sekä sisäistä että ulkoista arviointia. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 127-128.)

5 Kehittämistominnan toteutus

Opinnäytetyöprojektin toteutus pohjautui juurruttamisen menetelmään. Työryhmään kuului osaston työryhmä ja opinnäytetyötä tehnyt opiskelija. Lisäksi projektia tukivat kaksi Laurea-ammattikorkeakoulun opettajaa. Osaston työryhmän kokoonpano vaihteli kehittämistyön aikana henkilökunnan liikkuvuuden vuoksi. Käytännön kehittämistyön alkaessa osaston työnryhmä koostui kahdesta sairaanhoitajasta, joista toinen oli myös osastonhoitaja Meltolan 3B-osastolla. Työryhmän oli projektin aikana perehdyttävä kirjaamista koskevaan ajankohtaiseen teorian tietoon. Toiminnan kehittyminen oli tulosta työryhmän ja työyhteisön välisestä vuorovaikutuksellisesta kanssakäymisestä.

Maaliskuussa 2011 työryhmä kokoontui Meltolan sairaalan tiloissa kirjaamisen kehittämisen luennon yhteydessä. Luennon aikana luotiin yhteyksiä 3B-osaston henkilökunnan sekä ammattikorkeakoulun projektiin osallistuvien tahojen välillä. Samalla keskusteltiin projektin etenemisestä sekä muodostettiin alustava työryhmä ja allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus. Nykytilannetta kartoitettiin syksyn 2011 aikana. Varsinainen kehittämistoiminta osastolla alkoi keväällä 2012 työryhmän kokousten sekä osastotuntien muodossa. Kehittämistoimintaa arvioitiin syksyllä 2012.

5.1 Nykytilanteen kartoitus

Kattavan ja kokonaisvaltaisen tiedon saaminen osaston sen hetkisestä kirjaamisen menetelmästä mahdollistettiin tekemällä nykytilanteen kartoitus kahdella eri menetelmällä. Maaliskuussa 2011 tehtiin viikon hoitotyön harjoittelujakso osastolla. Harjoittelujakson aikana tutustuttiin kirjaamisen menetelmiin käytännössä, hoitajan näkökulmasta. Käytännönharjoittelu tehtiin osana hoitotyön opintosuunnitelmaan kuuluvaa harjoittelukokonaisuutta. Harjoittelun aikana kerättiin tietoa osaston sen hetkisestä kirjaamisen menetelmästä sekä siitä, kuinka kirjaaminen toteutui osana hoitotyötä. Käytännönharjoittelu antoi arvokasta tietoa kirjaamisen sen hetkisestä tilanteesta.

Harjoittelujakson aikana saatiin selville osastolla olleen kehittämisprojektin aikana käytössä kirjaamisen menetelmä, johon kuuluivat sekä manuaalinen että elektroninen kirjaaminen. Vallitseva kirjaamisen menetelmänä oli manuaalinen kirjaaminen. Osastolla oli käytössä Pegasos-ohjelma, johon kirjattiin tulostatus, välistatus sekä loppustatus. Tulostatus tehtiin muutaman päivän sisällä potilaan sisäänkirjoituksesta. Siihen kirjattiin potilaan nykytila, joka kattoi potilaan voimien, terveysongelmat sekä voimavarat. Tulostatukseen kirjattiin myös hoidon tavoitteita. RAI-ohjelman kanssa tehtiin potilasarvio, jonka mukaan suunniteltiin hoitoa. RAI-ohjelmaa päivitettiin harvoin, noin kuuden kuukauden välein. Päivittäiset toiminnot kirjattiin pääosin paperisiin potilaskansioihin. Esimerkiksi verenpainemittaukset kirjattiin ensisijassa

manuaalisesti. Tämän lisäksi osa henkilökunnasta kirjasi samat mittaukset myös tietokoneelle ajan salliessa.

Harjoittelujakson lisäksi nykytilannetta kartoitettiin tekemällä teemahaastattelu osaston työryhmälle. Haastattelukysymykset muodostuivat syksyn 2011 aikana (Liite 1).

Haastattelukysymykset toimivat haastattelijan tukena ja haastattelu rakentui niiden ympärille. Haastateltavilla hoitajilla oli mahdollisuus tutustua haastattelukysymyksiin ennen haastattelun toteuttamista. Teemahaastattelu tehtiin 27.10.2011. Tarkoituksena oli selvittää osaston sen hetkinen kirjaamisen menetelmä, ja haastattelun perusteella tunnistaa valittava kehittämiskohde. Haastateltavina olivat kaksi työryhmän jäsentä, sairaanhoitaja sekä osastonhoitaja. Kun haastattelua suunniteltiin, oli tarkoituksena haastatella molempia osaston työntekijöitä yhtäaikaaisesti. Tilanteen pakosta jouduttiin kuitenkin haastattelemaan molemmat työntekijät erikseen. Molemmat haastattelutilanteet nauhoitettiin nauhurille. Hoitajien haastattelut kestivät yhteensä 90 minuuttia. Nauhoitetut haastattelut purettiin litteroimalla.

Litteroidusta aineistosta tehtiin sisällönanalyysi. Sisällönanalyysissä litteroiduista haastatteluista etsittiin yhtenäisyyksiä koskien osaston kirjaamisen sen hetkistä tilaa, hoitajien mielipiteitä kirjaamisen merkityksestä laadukkaaseen hoitoon, osaston kirjaamisen puutteita ja sen hyviä puolia. Sisällönanalyysin mukaan molemmat haastatelluista hoitajista kokivat kirjaamisen olevan tärkeä ja oleellinen osa hoitotyön toteuttamista. Potilaan tulotilanteessa kirjattiin tulostatus paperisiin asiakirjoihin. RAI-tietojärjestelmällä tehtiin potilasarvio, jonka pohjalta hoitoa suunniteltiin. RAI-ohjelmalla tehtiin arviointia potilaskohtaisesti noin puolen vuoden välein. Lisäksi arviointia tehtiin tarpeen tullen. Hoitosuunnitelma pyrittiin tekemään kahden viikon sisällä potilaan sisäänkirjoituksesta.

Haastattelun pohjalta tehdyn sisällönanalyysin perusteella osaston silloisessa kirjaamisen menetelmässä oli puutteita. Puutteita ja ongelmia olivat muun muassa päällekkäin kirjaaminen sekä hoitohenkilökunnan kirjaamisessa käyttämän terminologian epäsäännöllisyys. Päivittäisten toimintojen kirjaamisesta puuttui järjestelmällisyys. Lisäksi haastattelussa kävi ilmi hoidon arvioinnin kirjaamisen puutteellisuus osastolla. Hoidon arvioinnin kirjaamisen puutteellisuus näkyi esimerkiksi arvioitaessa hoitotoimenpiteiden vaikutusta potilaan vointiin. Sisällönanalyysin mukaan kirjaamisessa toimi hyvin havainnointi. Lisäksi hyväksi koettiin se, että käsin kirjoitetuista potilaspapereista näkee heti, kuka tiedon on kirjannut.

Kyllä me joo arvioidaan mutta siinä arvioinnissa on parantamisen varaa. Että esimerkiksi jos sanotaan että annetaan kipulääke niin kyllähän siinä pitäis näkyä että onko se auttanut. Ja miten pitkäksi aikaa. Mut usein siinä on vaan että se on annettu ja mihin kellon aikaan, ei mitään muuta.

..mut se on hirveen eri tasoista se kirjaaminen et jossakin on vaa tota mitä on tavallaan niinku tehty mut sitten jää niinku.. et tavallaan ne hoitotoimenpiteet on kirjattu mut ei sitten niinku ei oo arvioitu potilaan vointia ja terveyden tilaan.

No tässä paperiversiossa se (hoidon arviointi) ehkä kaikista, ei toteudu kauheen hyvin. Että kun me tehdään se RAI- suunnitelma niin sen päivittämisessä joudutaan aina arvioimaan potilaan tilaa ja muutoksia tilassa. Ja siellä edellinen kohta pitää arvioida ennen kuin pääsee uuteen kohtaan. Ja näin mutta mun täytyy sanoo et se on vähän kaukainen se RAI- ohjelma että se elää siellä koneella enemmän kuin arkipäivässä.

..siellä välittyy potilaan vointi.

5.2 Kehittämiskohde

Kehittämiskohde valittiin yhdessä työryhmän kanssa. Haastattelujen sisällönanalyysin sekä keskustelujen pohjalta kehittämiskohteeksi valittiin hoidon arvioinnin kehittäminen päivittäisessä kirjaamisessa. Osaston kirjaaminen oli kehittämistoiminnan aikana murrosvaiheessa. Sähköinen kirjaaminen oli suunnitelmien mukaan tarkoitus ottaa käyttöön syksyllä 2012 joten henkilökunnalle pidettiin kevään 2012 aikana koulutuksia sähköisestä kirjaamisesta. Kevään 2012 alusta RAI-ohjelmasta oli luovuttu osastolla kokonaan, joten potilasarviota ja hoidonsuunnittelua ei kehittämistoiminnan aikana kirjattu käytännössä laisinkaan. Huomioon ottaen kaikki osastolla tapahtuneet muutokset päätettiin, että osasto saa kehittämistyöstä parhaan hyödyn, kun se keskitetään päivittäisen kirjaamisen kehittämiseen. Tavoitteena oli, että osaston henkilökunta voisi siirtää kehittämistyön tuloksia sähköiseen kirjaamiseen sitten, kun osasto siirtyy manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen.

5.3 Kehittämistoiminta osastolla

Työryhmä piti kokouksen 22.4.2012 Meltolan sairaalan 3B-osastolla. Kokoukseen osallistuivat osastonhoitaja, sairaanhoitaja sekä opinnäytetyötä tekevä opiskelija. Kokouksessa päätettiin osaston kirjaamisen kehittämiskohteeksi hoidon arvioinnin kehittämisen päivittäisessä kirjaamisessa. Osasto oli kehittämistoiminnan aikana hallinnollisten muutoksien alla Raaseporin ostaessa osaston Folkhälsanilta. Tämä osaltaan jarrutti kirjaamisen kehittämistä, sillä Folkhälsanin puolelta kehittämistoimintaa ei enää tuettu. Kokouksen aikana keskusteltiin siitä, mikä kirjaamisessa tulee muuttumaan kehittämistoiminnan johdosta.

Työryhmä piti toisen kokouksen 25.4.2012. Kokouksessa kartoitettiin tarkemmin sitä, minkälaisia konkreettisia muutoksia osaston kirjaamiskäytäntöihin oltiin tekemässä. Käytiin läpi hoitotyön prosessin teoriaa sekä sen merkitystä päivittäisen kirjaamisen arvioinnin

kehittämisessä. Kokouksessa päätettiin, että käytännön kehittämistyö aloitetaan valitsemalla jokaisesta osaston kolmesta modulista kaksi potilasta joiden kirjaamisen arviointia aletaan kehittämään. Kokouksen aikana sovittiin aiheesta pidettävän osastotunti, jonka aikana henkilökuntaan juurrutetaan uutta kirjaamistapaa.

Osastotunti pidettiin 2.5.2012. Paikalla oli kahdeksan hoitajaa, joista kaksi oli kehittämistyön työryhmän jäseniä. Hoitajille jaettiin kehittämistoiminnan tueksi opinnäytetyötä tehneen opiskelijan laatimat Power Point -diat, joiden pohjalta osastotunti pidettiin. Diat sisälsivät tietoa hoitotyön prosessista, hoidon arvioinnin merkityksestä sekä muutamia potilasesimerkkejä, joilla hoidon arviointia päivittäisessä kirjaamisessa havainnollistettiin. Osastotunnilla tiedotettiin henkilökuntaa osaston kirjaamisen kehittämisen projektista. Käytiin läpi kehittämistoiminnan tavoitteita sekä vahvistettiin motivaatiota kirjaamisen arvioinnin kehittämiseen. Kerrattiin hoitotyön prosessin teoriaa ja painotettiin arvioinnin merkitystä hoitotyön prosessissa. Hoitotyön prosessin mukaista rakenteista kirjaamista harjoiteltiin erilaisin potilasesimerkein. Potilasesimerkit muodostuivat pitkäaikaisosastoille tyypillisistä potilastyypeistä. Työryhmä kävi läpi kehittämistoiminnan toteuttamista käytännössä, neuvoten henkilökuntaa uuden kirjaamismallin käyttöönotossa.

Suuri osa osaston henkilökunnasta oli vaihtunut kehittämistoiminnan aloittamisesta. Monet keväällä 2011 rakenteisen kirjaamisen koulutuksen käyneet eivät enää työskennelleet osastolla. Lisäksi kehittämistoiminnan aikana osastolla työskennellyt osastonhoitaja lopetti työt keväällä 2012, jättäen osastolle vain yhden alkuperäisen työryhmän jäsenen. Rakenteisen sähköisen kirjaamisen käyttöön oton koettiin venyneen ja tämä vähensi henkilökunnan motivaatiota kirjaamisen kehittämistä kohtaan.

5.4 Kehittämistoiminnan saavutukset

Kehittämistoiminnan tuloksena osastolle esiteltiin uusi kirjaamismalli, jossa potilaan hoidon tarpeet, tavoitteet, toiminnot, toteutus sekä erityisesti hoidon arviointi päivittäisessä kirjaamisessa korostui. Kehittämistoiminnan aikana osaston henkilökunnalle annettiin teorialtietoa hoitotyön prosessista, kirjaamisesta, kirjaamista ohjaavista laeista sekä käytännön tietoa uuden kirjaamismallin toteuttamisesta.

Keväällä 2012 sovittiin uudesta kirjaamismallista, jota osaston henkilökunnan oli määrä alkaa noudattamaan 2.5.2012 alkaen. Osasto koostui kolmesta modulista ja käytännön kehittämistyö aloitettiin valitsemalla jokaisesta modulista kaksi potilasta, joiden kirjaamista alettiin kehittämään käytännössä. Kehittämistyön aikana osastolla oli käytössä manuaalinen kirjaaminen. Osaston potilaskansioiden ensimmäisellä sivulla oli niin sanottu

kuukausisuunnitelmalomake, johon osastolla oli tapana kirjata muun muassa verenpaineita ja potilaalle suunnitelmassa olleita hoitotoimenpiteitä. Työryhmän kesken sovittiin, että kuukausisuunnitelma- lomakkeeseen kirjataan valituille potilaille tarve ja tavoitteet. Hoitotyön toimintoja, toteutusta ja arviointia kirjataan potilaan päivittäisten toimintojen- lomakkeeseen. Kehittämistoiminnan aikana osastolla ei ollut lainkaan käytössä hoitosuunnitelmia, vaan käytännössä koko kirjaaminen koostui päivittäisten toimintojen kirjaamisesta. Tämän takia kehittämistoiminnan keskittäminen päivittäiseen kirjaamiseen, uskottiin olevat toimivin ratkaisu osaston tilanteen huomioon ottaen.

Osaston henkilökunnan mukaan kehittämistoiminnan tuloksena suurin muutos tapahtui ajatustasolla. Osastolla tiedostettiin hoitotyön prosessin merkitys laadukkaaseen hoitoon paremmin. Kehittämishankkeen jälkeen hoidon arviointiin päivittäisessä kirjaamisessa kiinnitettiin enemmän huomiota. Esimerkiksi lääkehoidon vaikuttavuutta arvioitiin kehittämistoiminnan jälkeen järjestelmällisemmin niin, että lääkkeen vaikuttavuus potilaan vointiin näkyi kirjatuissa tiedoissa. Lisäksi hoitajat mainitsivat esimerkiksi haavanhoidon kirjaamisen parantuneen kehittämistyön johdosta.

6 Kehittämistoiminnan arviointi

Kirjaamisen kehittämistä Meltolan 3B-osastolla arviointiin arviointilomakkeiden avulla. Kirjaamisen arviointi -lomake koostui neljästä avoimesta kysymyksestä, ja sen avulla kartoitettiin hoitajien mielipiteitä osaston nykyisestä kirjaamisen menetelmästä (Liite 2). Kehittämistoiminnan arviointi -lomake oli Laurea- ammattikorkeakoulun laatima arviointilomakepohja, joka koostui kuudesta monivalintakysymyksestä sekä kolmesta avoimesta kysymyksestä. Sen avulla haluttiin kerätä osaston työntekijöiden arviota kehittämistoiminnan toteutuksesta (Liite 3). Lisäksi 20.9.2012 pidettiin viimeinen osastotunti, jonka tarkoituksena oli päättää kehittämistoiminta ja saada suullista palautetta kehittämistoiminnan toteutumisesta. Arviointilomakkeet jaettiin henkilökunnalle noin viikkoa ennen viimeistä osastotuntia. Toiveena oli, että jokainen osastolla työskentelevä hoitaja vastaisi molempiin arviointilomakkeisiin. Osaston 18:sta hoitajasta Kirjaamisen arviointi -lomakkeeseen vastasi seitsemän hoitajaa. Kehittämistyön arviointi -lomakkeeseen vastasi vain yksi hoitaja.

Kirjaamisen arviointi -lomakkeita, palautui yhteensä seitsemän kappaletta. Arviointilomakkeilla oli siis tarkoitus kartoittaa hoitajien mielipidettä osaston nykyisestä kirjaamisen menetelmästä. Ensimmäisellä kysymyksellä haluttiin selvittää, miten hoidon arviointi päivittäisessä kirjaamisessa sujuu osastolla. Seitsemän vastanneista koki sen toteutuvan hyvin. Yksi vastanneista koki, että osa hoitajista on sisäistänyt arvioinnin merkityksen ja osalla se on vielä puutteellista. Kysymyksiin vastattiin melko suppeasti, yhdellä lauseella.

Toinen kysymys kartoitti sitä, mikä hoitajien mielestä on hyvää nykyisessä kirjaamisen menetelmässä. Neljä vastanneista koki hyväksi sen, että tieto on helposti kaikkien saatavilla. Yksi vastasi, että kaikki tärkeä tieto kirjataan potilaista. Yhden mielestä hyvää oli se, että kirjaaminen on nopeaa kun ei tarvitse kirjautua tietokoneelle. Yksi vastanneista ei osannut sanoa, mikä on hyvää kirjaamisen menetelmässä.

Kolmas kysymys selvitti, mitä haasteita nykyisessä kirjaamisen menetelmässä on. Viisi vastanneista koki haastavaksi paperille kirjaamisen vaihtamisen sähköiseen kirjaamiseen. Yhden mielestä haasteellista oli kaiken tärkeän kirjaaminen potilaan hoidosta. Kahden mielestä henkilökunnan vaihtuvuus on haaste laadukkaaseen kirjaamisen toteutumiselle. Lisäksi yksi vastanneista näki haasteena kokonaishoidon tarpeet ja niiden näkemisen. Vastauksissa näkyi vahvasti hoitajien huoli paperille kirjaamisen vaihtumisesta sähköiseen kirjaamiseen.

Neljännessä kysymyksessä toivottiin ideoita kirjaamisen kehittämisen edistämiseen. Viisi vastanneista jätti tämän kohdan kokonaan tyhjäksi. Yksi vastanneista haluaisi lisää koulutusta ja osastotunteja aiheesta. Yhden mielestä hoitajien välistä kommunikaatiota pitäisi lisätä.

Kehittämistoiminnan arviointi -lomake koostui kuudesta määrällisestä sekä yhdestä avoimesta kysymyksestä. Näitä arviointilomakkeita palautui vain yksi kappale. Syy siihen, miksi monivalintakysymyksiin vastasi vain yksi hoitaja, jäi epäselväksi. Mahdollisesti hoitajat kokivat kehittämistoiminnan arvioinnin vaikeaksi, koska he eivät olleet toiminnassa mukana alusta asti. Koska lomakkeita palautui vain yksi, on sen avulla hankalaa saada luotettavaa tietoa kehittämistoiminnan tuloksista. Tämän vuoksi päätettiin, ettei lomakkeen tuloksia käytetä kehittämistoiminnan arvioinnissa.

Viimeisessä 20.9.2012 järjestetyssä tapaamisessa oli läsnä seitsemän hoitajaa, uusi osastonhoitaja sekä opinnäytetyötä tekevä opiskelija. Tapaamisen tavoitteena oli avoimen keskustelun kautta saada palautetta kehittämistoiminnan onnistumisesta ja lisäksi saada hoitajilta kehittämisideoita. Monet paikalla olleista hoitajista olivat olleet osastolla töissä vasta vähän aikaa, eivätkä tämän takia halunneet kommentoida kehittämistyön onnistumista. Hoitajat mainitsivat kirjaamisen kehittämisen hankkeen vahvistaneen heidän ymmärrystään kirjaamisen merkityksestä laadukkaaseen hoitoon. Lisäksi he kokivat hoidon arvioinnin päivittäisessä kirjaamisessa olevan nyt näkyvämpi osa dokumentointia.

Kirjaamisen kehittämisen hanke oli pitkä ja monivaiheinen prosessi. Kehittämistoiminnan aikana osasto läpikävi monia muutoksia. Henkilökunnan liikkuvuus oli vilkasta. Kehittämisprojektin lopussa alkuperäisestä työryhmästä oli osastolla jäljellä vain yksi hoitaja. Uusien työryhmän jäsenten värväys kehittämistoiminnan aikana ei onnistunut, opinnäytetyötä tekevän opiskelijan yrityksestä huolimatta. Uuden kirjaamismallin käyttöön oton onnistumiseen vaikutti osaltaan se, että osastolle jäi vain yksi työryhmän jäsen juuri silloin, kuin uutta kirjaamismallia otettiin käyttöön päivittäisessä kirjaamisessa. Kyseisen hoitajan vastuulle jäi siis yksin opettaa ja tukea koko henkilökuntaa uuden kirjaamismallin käyttöön otossa. Hoitajan tukena olivat työryhmän laatimat Power Point- diat jotka jaettiin jokaiselle osaston työntekijälle. Diat sisälsivät tietoa hoitotyön prosessista, hoidon arvioinnin merkityksestä sekä muutamia potilasesimerkkejä joilla päivittäisen kirjaamisen arviointia havainnollistettiin. Tukea tarjosi myös opinnäytetyötä tekevä opiskelija. Kehittämistoiminnan lopussa kyseinen hoitaja kertoi uuden kirjaamismallin käytön toteutuneen vaihtelevasti. Kesän aikana sijaisia ei ehditty kouluttamaan uuteen kirjaamisen menetelmään. Lisäksi vakituisten työntekijöiden lomat ja kiireet jarruttivat kehittämistyötä. Monista eri tekijöistä johtuen, uuden kirjaamismallin käyttöön ottoa ei pystytty tukemaan optimaalisesti, eikä se levinnyt kattamaan koko osastoa.

Keväällä 2012 Folkhälsan myi osan Meltolan yksikön osastoista Raaseporin kaupungille. Muutos koski myös 3B-osastoa. Osaltaan myös tämä organisaatio- tasolla tapahtunut muutos vaikutti kirjaamisen kehittämishankkeen toteutumiseen. Työnantajan vaihdos aiheutti osastolla

luonnollisesti kuohunutta, stressiä ja hämmennystä. Kirjaamisen kehittäminen jäi tämän takia taka-alalle. Lopullisen myyntipäätöksen jälkeen Folkhälsan ei enää osaltaan tukenut kirjaamisen kehittämistä. Raaseporin kaupungin linjauksista osaston kirjaamisen kehittämiseen ei kehittämistoiminnan aikana ollut selvyttä. Organisaation tuen puute vaikeutti kirjaamisen kehittämisen projektin toteutumista.

Sähköisen kirjaamisen käyttöön otto osastolla lykkääntyi kehittämishankkeen aikana useaan otteeseen, herättäen osaston henkilökunnassa turhautumista ja motivaation laskua. Koska sähköisen kirjaamisen käyttöön otto ei toteutunut ajallaan, monet rakenteisen kirjaamisen koulutuksen käynneistä hoitajista ehtivät vaihtaa työyksikköä ennen sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa. Uudet työntekijät eivät saaneet samaa koulutusta. Tämä jätti aukon heidän osaamiseensa.

Vastausprosentti arvointilomakkeisiin oli osastolla valitettavan pieni. Pieni vastausprosentti vaikeutti luotettavan tiedon saantia osastolla tapahtuneen kehittämishankkeen vaikutuksista. Tietoa ei saatu niiltä työryhmän jäseniltä jotka olivat mukana kehittämisprojektin alussa johtuen siitä, että he eivät enää työskennelleet osastolla arvioinnin aikana. Toisaalta arvointilomakkeisiin vastasivat sellaiset hoitajat, jotka arvioinnin aikana olivat työskennelleet osastolla vain lyhyen aikaa. Tämän takia he eivät pystyneet arvioimaan kehittämishanketta kokonaisuudessaan.

Juuruttamisen prosessiin sitoutumiseen estäviä tekijöitä esiteltiin tämän opinnäytetyön kappaleessa 4.1. (Kuvio 2). Monet sitoutumista estävistä tekijöistä toteutuivat tätä kehittämistyötä tehdessä. Estäviä tekijöitä olivat muun muassa esimiesten resurssien puute järjestää koulutusta, työvälineen käyttöönoton viivästyminen sekä ajanpuute. Monet sitoutumiseen estävistä tekijöistä olivat luonteeltaan sellaisia, joihin työryhmä ei voinut osaltaan vaikuttaa. Esimerkiksi muutokset organisaatiotasolla sekä sähköisen kirjaamisen käyttöönoton viivästyminen olivat asioita, joita ei voinut ennaltaehkäistä tai välttää. Toisaalta hoitohenkilökunnan motivaation sekä selkän tavoitteen puutetta olisi ehkä voitu ehkäistä, jos kehittämistoiminta olisi ollut järjestelmällisempää ja jos työryhmään olisi osallistunut suurempi joukko osaston henkilökunnasta.

Jatkotoimenpide-ehdotuksena esitettiin, että kirjaamisen kehittämistyön jatkaminen osastolla voisi olla hyödyllistä. Osaston henkilökunta koki kehittämistoiminnasta olleen hyötyä. Osastolla sähköinen rakenteinen kirjaaminen otettiin käyttöön syys-talvella 2012. Jatkossa voitaisiin kartoittaa sitä, kuinka hoidon arvioiminen päivittäisessä kirjaamisessa toteutuu, kun sähköinen kirjaaminen on vihdoinkin otettu osastolla käyttöön.

Lähteet

Kirjat

Amberla, S. 2007. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. - Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K. , Ensio, A. , Tantt, K. & Sonninen A. L. Helsinki: WSOY.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Eskola, J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu- Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus: Helsinki.

Hirsjärvi, S. , Remes, P. & Sajavaara, P. 2009 Tutki ja kirjoita. 15. osin uudistettu painos Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kangasniemi, M. , Länsimies-Antikainen, H. , Halkoaho, A. & Pietilä, A-M. 2012. Potilaan velvollisuudet hoitotyössä. Teoksessa- Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Toim. Ranta, I. Hoitotyön vuosikirja 2012. Sairaanhoitajaliitto. Porvoo: Bookwell Oy.

Kotisaari, M-L & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Kratz, C. 1984. Hoitotyön prosessi. Porvoo-Helsinki: WSOY.

Marin, H. & Lorenzi, N. 2010. International initiatives in Nursing informatics. -Teoksessa Nursing and informatics for the 21st Century- An international look at practice, education and EHT trends. Toim. Weaver, C. , Delaney, C. , Weber, P. & Carr, R. Himms. Amia. Yhdysvallat. Chicago.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The knowledge- creating company- How Japanese companies the dynamics of innovation. Oxford University press.

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Ora-Hyytiäinen, E. , Ikonen, H. , Ahonen, O. , Rajalahti, E. & Saranto, K. Learning by developing. -Teoksessa Nursing and informatics for the 21st Century- An international look at practice, education and EHT trends. Toim. Weaver, C. , Delaney, C. , Weber, P. & Carr, R. Himms. Amia. Yhdysvallat. Chicago.

Saranto, K. & Sonninen, A. L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. - Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 12 Saranto, K. , Ensio, A. , Tantt, K. & Sonninen A. L. Helsinki: WSOY.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Hygieia. Helsinki: Tammi.

Tantt, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. - Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hopia, H & Koponen L. 113-122. Hoitotyön vuosikirja2007 . Sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Artikkelit

Ahonen, O. , Ikonen, H. & Rajalahti, E. 2009 Potilasturvallisuus- Osaamisen kehittäminen eNNi-hankkeessa 1/2009. Osaaja.net. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu.

Ahonen, O. , Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006 Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro terveys 2/2006. 16-19.

Ensio, A. & Kinninen, U-M. 2011. Hoitotyön tiedonhallinta, Nursing informatics käsitteenä ja käytäntönä- FinnCC suomalaisen hoitotyön yhtenäisen ammattikielen kehittäjänä. Pro terveys 1/2011. 14-15.

Ora-Hyytiäinen, E., Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON - VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki -Greece, 3-4 September 2007. 144-154.

Internet

Aaltonen, J. , Ailio, A. , Kilpikivi, P. , Nykänen, P. , Nyberg, P. , Kunnamo, I. , Kuosmanen, P. , Reijonsaari, K & Wiesenthal, A. 2009. Loppuraportti. Kansallisen tason sähköisten potilastietojärjestelmien toteuttamisvaihtoehtojen vertailu- KATTAVA-projekti. Sitran selvityksiä. Viitattu 20.9.2012.

<http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A42012.pdf>

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen & E., Partamies, S.2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät. Viitattu 12.12.2011.

http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf

Ahonen, O. , Ora-Hyytiäinen, E, & Silvennoinen, P. 2012 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä. Teoksessa Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. 21-30. Laurea julkaisut. Laurea- ammattikorkeakoulu, Lohjan yksikkö. Vantaa.

http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ja_kehitys/julkaisut/opetustyo_koulutus/Documents/Hoitotyön%20kehittäminen%20juurruttamalla_OraHyytiäinen%20et%20al.pdf

Finlex. 2010. Terveystietolaki 1326/2010. Viitattu 27.10.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Finlex 2009. Laki Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 289/2009. Viitattu 4.10.2011.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search\[type\]=pika&search\[pika\]=potilasasiak*%20laati*](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search[type]=pika&search[pika]=potilasasiak*%20laati*)

Finlex. 2007. Laki sosiaali- ja terveyden huollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 Viitattu 4.10.2011

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Finlex A. 1999. Suomen perustuslaki 371/1999. Viitattu 25.9.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990731>

Finlex B. 1999. Henkilötietolaki 523/1999 Viitattu 4.10.2011.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Henkil%C3%B6tietolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search[type]=pika&search[pika]=Henkil%C3%B6tietolaki)

Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 Viitattu 4.10.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Folkhälsan. 2010. Osaamista, osallistumista, huolenpitoa. Viitattu 4.10.2011.

<http://www.folkhalsan.fi/fi/startsidea/>

Folkhälsan 2011. Aloitussivu. Ajankohtaista. Folkhälsan luovuttaa Meltolan hoitotoiminnan Raaseporille. Julkaistu 28.10.2011. Viitattu 29.5.2012.

<http://www.folkhalsan.fi/fi/startsidea/Ajankohtaista/newsitems/21108/>

Hartikainen, K, Häyrynen, K. , Luomala, T. , Komulainen, J. , Porrasmaa, J. & Suhonen, M. 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioituneet tiedot. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintakohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. Suomen kuntaliitto. Kuopion yliopisto. Viitattu 1.9.2012.

https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206

Häyrynen, K. 2011. Väitöskirja. Kliininen tieto hoitoprosessissa tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio. Viitattu 1.10.2012.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. Työpapereita 58/2001. VTT. Teknologian tutkimuksen ryhmä. Viitattu 1.9.2012.

<http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf>

Liljamäki, P , Kinnunen, U-M & Ensio, A. 2012 FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Terveystietojen ja hyvinvoinninlaitos. Luokitus 2/2012. Viitattu 10.9.2012.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80446/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1

Raaseporin kaupunki. 2012 Palvelut. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Ajankohtaista. Päivitetty 24.5.2012. Viitattu 29.5.2012.

<http://www.raasepori.fi/palvelut/sosiaali-ja-terveydenhuolto/ajankohtaista>

Terveystietojen ja hyvinvoinninlaitos. 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Toim. Nykänen, P. & Junntila, K. Raportti 40/2012. Helsinki. Viitattu 23.10.2012.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e63ed18f-68ca-4cfd-ac0a-fe8187528ffa>

Terveystietojen ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tukeksi. Opas 15/2011. Viitattu 1.10.2012.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>

Terveystietojen ja hyvinvoinninlaitos 2011. Terveystietojenlaki ja sen toimeenpano. Tietopaketti. Viitattu 26.10.2012.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki

Winblad, I. , Reponen, J. & Hämäläinen, P. 2012. Tieto ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011- Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 3/2012. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Oulun yliopisto. FinnTelemedicum. Juvenes prin Oy- Tampereen yliopistopaino; Tampere. Viitattu 23.10.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/825d0af8-f97c-4192-bf5b-ba5e1bf773aa>

Kuviot

Kuvio 1: SHTaL ja SHToL rakenne ja pää- ja alaluokkien määrät, versio 3.0. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012)	13
Kuvio 2: Juurruttamisen prosessiin sitoutumiseen vaikuttavat tekijät (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)	19
Kuvio 3: Tiedon käsittelyn kierrokset juurruttamisessa. (mukaillen Nonaka & Takeuchi 1995; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005)	21
Kuvio 4: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä kehittämisessä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012)	23

Taulukot

Taulukko 1:Hoidon tarpeen kirjaaminen (Liljamo ym. 2012)	13
Taulukko 2: Hoidon tavoitteen kirjaaminen (Liljamo ym. 2012)	14
Taulukko 3: Suunnitellun toiminnon kirjaaminen (Liljamo ym. 2012)	14
Taulukko 4: Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen (Liljamo 2012 ym. 2012)	14
Taulukko 5: Hoidon arvioinnin kirjaaminen (Liljamo 2012 ym. 2012)	15

Liitteet

Liite 1 Haastattelukysymykset	43
Liite 2 Kirjaamisen arviointi -lomake.....	44
Liite 3 Kehittämistoiminnan arviointi -lomake	45

Liite 1

Haastattelukysymykset

1. Mitä on hoitotyön kirjaaminen?
2. Kuka toteuttaa kirjaamista osastollanne? Mihin kirjataan ja mitä? Potilaskansiot, elektroniset tietokannat ym..
3. Mitä kirjaatte potilaan tulotilanteessa? Miten ja mihin? Kuka osallistuu potilaan tulotilanteen kirjaamiseen ja kartoittamiseen? Sairaanhoitaja? Lähihoitaja? Lääkäri? Fysioterapeutti? Sosiaalityöntekijä? Omaiset?
4. (Hoidon suunnittelu)Miten potilaan hoitosuunnitelma kirjataan ja mitä se sisältää? Ketkä kaikki osallistuvat hoitosuunnitelman kirjaamiseen? Päivitetäänkö hoitosuunnitelmaa? Kuinka usein?
5. (Hoidon toteutus)Miten kirjaatte potilaan päivittäisiä tapahtumia? Kuka kirjaa tiedon?
6. (Hoidon arvointi) Kirjaatteko ylös hoidon arvointia? Miten arvointi huomioidaan päivittäisessä hoitotyössä ja hoitosuunnitelmassa?
7. Mikä on hyvää nykyisessä kirjaamisen menetelmässänne?
8. Mitä puutteita nykyisessä osastonne kirjaamisessa näette?
9. Miten uskotte sähköisen rakenteisen kirjaamisen mallin käyttöön oton vaikuttavan osastonne kirjaamiseen?
10. Haluatko mainita vielä jotain koskien osastonne kirjaamisen menetelmää? Sana on vapaa.

Liite 2 Kirjaamisen arviointi -lomake

Hei Meltolan sairaalan 3b:n hoitotyöntekijät!

Ystävällisesti vastatkaa avoimesti seuraaviin kysymyksiin. Lomakkeet kerätään ja vastauksia käsitellään 20.9.2012 kirjaamisen kehittämisen tapaamisessa.

1. Miten hoidon arviointi päivittäisessä kirjaamisessa sujuu osastollanne tällä hetkellä?
2. Mitä hyvää osastonne kirjaamisenetelmässä on?
3. Mitä haasteita osastonne kirjaamisenetelmässä on?
4. Mitä ideoita Sinulla on kirjaamisen kehittämisen edistämiseen?

Kiitos vastauksestasi!

Liite 3 Kehittämistoiminnan arviointi -lomake

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja, kenties muiden työyhteisöjen edustajia ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan käsitekartan, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsitekartan ja laatinut ehdotuksen uudeksi käytännön toiminnaksi yhdessä valitsemallanne alueella.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastaustauksiasi ja esittää kehittämis ehdotuksia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat	1	ei lainkaan
	2	jonkin verran
	3	paljon
	4	erittäin paljon
	5	en osaa sanoa

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?
1 2 3 4 5
- 5 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?
1 2 3 4 5
- 6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?
1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

Kiitos arvioinnistasi!